

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**CLARICE DE SÁ CARVALHO PEREIRA**

**CONVERSAS E CONTROVÉRSIAS: UMA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO DO**  
**TDAH NO CENÁRIO CIENTÍFICO E EDUCACIONAL BRASILEIRO**

**Rio de Janeiro**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**CLARICE DE SÁ CARVALHO PEREIRA**

**CONVERSAS E CONTROVÉRSIAS: UMA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO DO  
TDAH NO CENÁRIO CIENTÍFICO E EDUCACIONAL BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiana Facchinetti

Rio de Janeiro

2009

P436 Pereira, Clarice de Sá Carvalho  
Conversas e controvérsias: uma análise da constituição do  
TDAH no cenário científico nacional e educacional brasileiro. /  
Clarice de Sá Carvalho Pereira. – Rio de Janeiro : [s.n], 2009.  
176 f.

Dissertação ( Mestrado em História das Ciências e da  
Saúde).- Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz,  
2009.

Bibliografia: p.159-170

1. Psiquiatria 2. História 3. Educação 4. Transtorno do  
Déficit de Atenção e Hiperatividade 5. Brasil

CDD 616.89

**CLARICE DE SÁ CARVALHO PEREIRA**

**CONVERSAS E CONTROVÉRSIAS: UMA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO DO  
TDAH NO CENÁRIO CIENTÍFICO E EDUCACIONAL BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em 8 de julho de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Cristiana Facchinetti (COC/FIOCRUZ) – Orientadora

Prof.Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior (IMS/UERJ)

Profa. Dra. Ana Tereza Acatauassú Venancio (COC/FIOCRUZ)

**Suplentes**

Dra. Luciana Vieira Caliman (CCHN/UFES)

Prof.Dr. Jaime Larry Benchimol (COC/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro

2009

Dedico este trabalho à vó Lea.  
Lembrando as Histórias deliciosas,  
as que escutamos, as que escrevemos.

## AGRADECIMENTOS

À Cristiana Facchinetti, que topou desde o início as idiossincrasias desse percurso com generosidade rara. Agradeço imensamente pela orientação cuidadosa, pelas leituras de última hora, pela confiança, pelo envolvimento e pelas trocas intelectuais e afetivas.

A minha mãe, com todo amor, pelo cuidado, por sempre vibrar e sofrer junto, pelo fogo em aprender e pela ajuda infinita e indistinta nas questões mais existenciais e nas tarefas mais banais.

A meu pai, pelo apoio, pelo colo gostoso, pelas “operações de salvamento” e pelas vezes que me surpreende.

A meus avós, pelo carinho.

A meus irmãos queridos: à Ju, pelo afeto concreto que me acompanha e me fortalece, de perto ou de longe; à Carol, minha irmã e amiga, com admiração profunda, por poder dizer com ela e depois dela – “por tudo que aprendemos juntas”; ao Marcos, companheiríssimo, por ser desses amores capazes de fazer, a qualquer momento, a vida ter sentido. Assim, simplesmente porque sim.

À Ilka, com carinho, pelas portas sempre abertas.

Aos amigos, todos, pelo afeto que me move e pelos momentos de descon(cen)tração, tão deliciosos quanto fundamentais para esta empreitada. Em especial àqueles que fizeram deste um trabalho menos solitário: à Maíra, nova velha amiga, pela força imprescindível em todas as etapas do trabalho; à Fernanda, com o prazer de sempre em partilhar pensamentos e intensidades, pela leitura cuidadosa e amorosa; ao Gustavo, pela presença acolhedora em momentos de impasse, pelas trocas e pelos toques; ao Igor, pelas viagens ao Leme e por ter estado delicadamente por perto; à Letícia, pelo brilho intelectual e pela disposição tocante em ajudar; à Nayara, amiga da vida toda, pela paciência, pela suavidade de sempre e pelas atenções compartilhadas.

Ao Alexandre, sempre guerreiro, com suor e lágrimas, pelas aberturas que conquistamos.

Ao CAP UFRJ, pela formação humana, política e intelectual que recebi; por fazer da Educação de qualidade, no sentido amplo do termo, uma realidade.

Ao Jaime Benchimol, pelo incentivo, pela disponibilidade e pelas idéias valiosas que marcaram este trabalho.

À Ana Venancio, pelas colocações críticas e enriquecedoras desde a banca de seleção para o mestrado; pela leitura rigorosa e cuidadosa do projeto de qualificação.

À Luciana Caliman, por toda a ajuda desde o início, pela bibliografia valiosíssima e principalmente pelo jeito doce e intenso de compartilhar idéias e interesses.

À Casa de Oswaldo Cruz, pela acolhida.

À Lauren, à Renata e à Andréia, pela solidariedade incondicional, pela ajuda com os relatórios e por dividirem comigo as dores e as delícias do trabalho na educação.

À Marisa Rocha, pela receptividade e pelas boas dicas.

À prefeitura do Rio de Janeiro, por disponibilizar o material dos PAEEs para análise e em especial à Angela Israel, pela ajuda e disponibilidade.

Aos Educadores “de verdade” com quem tive o prazer de trabalhar, por me darem a certeza de que vale a pena: Susana, Wilma, Marcelus, Regina, Paula, entre outros. Principalmente à Anne, pelo carinho e incentivo.



## Resumo

No presente trabalho investigamos o processo de expansão e legitimação social do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Brasil. Para tanto, analisamos publicações científicas brasileiras sobre comportamentos de desadaptação escolar, bem como um conjunto de materiais que se destina à divulgação do TDAH disponíveis no *site* da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), de forma a circunscrever o debate voltado para o estabelecimento deste conceito nosológico.

Procuramos mapear o processo recente de biologização da compreensão dos comportamentos humanos no Brasil e como as diferentes concepções, quer organicistas ou não, se opõem ou se conectam na construção da entidade TDAH. A investigação desses discursos múltiplos objetivou discutir como se constitui, a partir de um modelo científico e do empenho em torná-lo hegemônico, uma conceituação nosológica para as condutas de desadaptação infantis, tendo em vista a interface que ela mobiliza entre os campos da saúde e da educação.

Pela indissociabilidade entre o transtorno e o que se produz de *problemático* no ambiente escolar, propusemos que o TDAH funciona como instrumento de significação para a indisciplina e para a desatenção e media as relações que se estabelecem entre professor, aluno e família. Além disso, ao situar o fracasso escolar enquanto manifestação engendrada no *corpo* do aluno, o diagnóstico possibilita neutralizar certos conflitos educacionais sem questionar o próprio ambiente escolar, familiar ou as exigências e normas sociais.

Finalmente, articulamos a expansão do transtorno no Brasil e no mundo a aspectos sócio-históricos mais amplos, como a crescente biologização e objetivação da compreensão dos comportamentos humanos; a cientificização da vida cotidiana; a perda de poder simbólico da psicanálise no Brasil a elas relacionadas; os deslocamentos contemporâneos nas fronteiras entre o normal e o patológico; a eficácia de um medicamento na melhoria da adaptação social e educacional dos indivíduos; e o ideal de controle das incertezas futuras.

## Abstract

In this work we investigated the expansion and social legitimation process of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Brazil. Accordingly we analyzed the Brazilian scientific publications on unadapted school-children, as well as a set of written material prepared to ADHD popularization, available at the Internet site of the Brazilian Association of Attention Deficit (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), in order to circumscribe the debate over the establishment of this nosological concept.

We aimed to map the recent process of biologization of the human behavior understanding in Brazil, and how the different conceptions, either organicist or not, oppose or connect each other in building the ADHD entity. The investigation of those multiple discourses intended to discuss how the nosological concept of unadapted child behavior is built up, based on a scientific model and the commitment to make it hegemonic, keeping in mind the interface that this diagnostic marshal between the health and educational fields.

Due to the inseparability between the disorder and what is produced as a *problem* in the school environment, we proposed that the ADHD acts as tool that gives meaning to indiscipline and to the inattention, and mediates the relationship established among teacher, pupil and family. Besides, attributing the school failure as related to the student *body*, the diagnostic allows the neutralization of some educational conflicts without questioning the school environment, the family or the social demands and norms themselves.

At last, we articulated the expansion of the diagnostic in Brazil and worldwide to broader socio-historical aspects, such as the growing biologization and objetification of human behavior understanding; the scientification of everyday life; the loss of the related psychoanalytic symbolic power in Brazil; the contemporaneous shift of normal/pathological borders; the drug efficacy in enhancing the social and educational individual adaptation; and the ideal of controlling future incertitude.

## Sumário

1	Introdução.....	3
2	O que é o TDAH? Textos e contextos.....	11
2.1	O discurso do consenso acerca do TDAH sob uma perspectiva crítica.....	11
2.2	O TDAH na Educação.....	16
2.3	Descrição e divergências.....	19
2.4	O DSM e a hegemonia da psiquiatria biológica.....	23
2.5	As diferentes descrições do transtorno nos DSMs: uma comparação diacrônica.....	33
2.6	Referências históricas.....	39
3	O debate no Brasil .....	49
3.1	Abordagem teórica.....	49
3.2	A ciência de revista.....	53
3.2.1	As publicações médicas e o discurso do consenso.....	57
3.2.2	As publicações não-médicas – emergência da heterogeneidade.....	78
3.2.2.1	Os aliados.....	80
3.2.2.2	Os “outros”.....	84
3.3	A divulgação científica: o material disponível no site da ABDA.....	96
4	Articulações.....	118
4.1	O monopólio.....	121
4.2	Psicanálise e psiquiatria no Brasil.....	125
4.3	O TDAH e a lógica do risco.....	134
4.4	O TDAH como mediador dos conflitos escolares.....	143

5 Considerações finais.....	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159

## **Índice de Ilustrações**

Figura 1: Artigos analisados segundo fonte e área do conhecimento.....	57
Figura 2: O site da ABDA.....	98

## **Lista de Anexos**

Anexo 1: Descrição dos DSM a partir do II, transcritos dos documentos originais. .....	171
Anexo 2: Lista de artigos analisados.....	174

## 1. Introdução

Nesta pesquisa abordamos alguns discursos que se ocupam do escolar desatento, hiperativo, impulsivo, indisciplinado, desorganizado, comportamentos esses descritos como sintomas que definem o diagnóstico psiquiátrico do *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade* (TDAH). O objetivo é analisar como diferentes formas de compreensão desses comportamentos se organizam, no Brasil, no campo científico e social atual, considerando a posição de centralidade que o diagnóstico do TDAH ocupa neste debate.

Para tanto, buscamos analisar publicações científicas brasileiras sobre esses comportamentos de *desadaptação escolar*<sup>1</sup>, bem como um conjunto de materiais que se destina à divulgação do TDAH e está presente no *site* da Associação Brasileira do Déficit de Atenção<sup>2</sup> (ABDA). Intentamos, desta forma, circunscrever o debate voltado para o estabelecimento deste conceito nosológico. A apropriação pelo discurso científico de tais comportamentos mobiliza diferentes campos, como a psiquiatria, a psicologia e a educação. Trata-se, portanto, de mapear as 'negociações'<sup>3</sup> em torno da descrição científica destes comportamentos e, conseqüentemente, de certas práticas que as diferentes concepções supõem e veiculam. Atentar para a diversidade e para as controvérsias nos campos discursivos a serem analisadas visa a compreensão do processo de legitimação do TDAH no meio científico e educacional brasileiro.

Permitimo-nos aqui uma breve descrição do percurso que possibilitou os questionamentos que deram origem ao tema. Na contramão do discurso médico-

---

1 Utilizamos o termo *desadaptação* para os comportamentos de desatenção, agitação e impulsividade, posto que estes se tornam signos patológicos se excessivos ou deficitários em função do que é considerado *adequado* para determinada faixa-etária. Trata-se de estabelecer um limite quantitativo para indicar o bom ou o mau funcionamento do indivíduo. Entretanto, os comportamentos que designam sintomas do TDAH expressam algumas, entre muitas, possibilidades de *desadaptação escolar*.

2 Trata-se da principal organização brasileira em torno do TDAH. Seu principal veículo de comunicação é a internet.

3 Para Rosenbeng (1992), o processo de delimitação de categorias nosológicas é um problema político e cultural, sempre marcado por 'negociações' complexas e conflituosas, ligadas às disciplinas, às políticas públicas, à relação médico-paciente, entre outros.

científico com o qual dialogamos, incluímos o *interesse* e a parcialidade das posições aqui adotadas. Consideramos que permitir deslocar, ainda que por um momento, a atenção do produto do trabalho para o cruzamento de certas forças que o constituem é, sobretudo, um exercício de reflexão que, ao situar, engaja.

A motivação inicial para esta pesquisa surgiu, em primeiro lugar, da constatação, enquanto psicóloga da Secretaria de Educação do município do Rio de Janeiro, de que muitas crianças são diagnosticadas como portadoras do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Estando ou não ancorado pela diagnóstico médica, o TDAH aparece também incorporado ao vocabulário dos professores na descrição dos alunos que lhes trazem dificuldades em sala de aula. Por outro lado, outras formas de narrar comportamentos de desadaptação mostram-se fortemente presentes na fala dos professores. Podemos citar, como exemplos, a designação de criança-problema ou a suposição de problemas de conflito e desestrutura familiar, que aparecem muitas vezes relacionados aos mesmos problemas de conduta ligados ao TDAH.

A experiência do cotidiano escolar e a participação nos espaços coletivos de discussão dos professores, como os Centros de Estudo ou Conselhos de Classe, nos fez deparar com uma classe profissional profundamente desestabilizada frente a alguns deslocamentos do lugar social que a escola e o professor ocupam na sociedade contemporânea. O clima geral é de nostalgia: os professores queixam-se da desvalorização da escola enquanto meio formal para construção da cidadania, da desautorização dos educadores e lamentam-se das inversões de valor da sociedade contemporânea e da desestrutura familiar.

As queixas dos professores com relação aos problemas de comportamento e dificuldade de aprendizagem expressam a fragilidade por parte dos profissionais e a imobilidade em que se encontram diante das mudanças nas posições de autoridade com os quais têm que lidar. De fato, os professores, por um lado, não dispõem dos mesmos instrumentos de punição formais pelos quais a disciplina se impunha e, por outro, ressentem-se da relativização dos meios tradicionais de disciplinamento e doação de identidade,

entre eles a escola que, historicamente, estruturaram sua prática e sua posição social.

Os impasses do processo educacional são atribuídos, quase que exclusivamente, ao mau comportamento. Ao apontar a indisciplina, a bagunça, o desrespeito, o alheamento, a desatenção, como “o principal obstáculo ao bom desenvolvimento do processo ensino aprendizagem nas escolas” (Rocha, 2001, p.215), a sensação de impotência por parte dos educadores frente ao aluno que desafia a norma escolar é o que comparece como demanda de trabalho institucional para a rede de atenção da qual faço parte.<sup>4</sup>

Nesse contexto, percebemos que o diagnóstico psiquiátrico do TDAH, ao situar o fracasso escolar enquanto manifestação engendrada no *corpo* do aluno, funciona como instrumento de significação para a indisciplina e para a desatenção e media as relações que se estabelecem entre professor, aluno e família. Se o TDAH não é a única forma de narrar e dar sentido para o que escapa à norma, este diagnóstico ganha cada vez mais espaço em nossa sociedade e, ao ser apropriado pelos professores, estrutura uma ação possível frente aos comportamentos de desadaptação.

Como exemplo, segue o relato de um encaminhamento de um aluno com diagnóstico de TDAH, escrito por sua professora, a uma estrutura especial de atendimento para alunos com dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento da educação<sup>5</sup>. A fala deste professor nos mostra como o TDAH se insere na interface entre a psiquiatria e a educação e funciona como um mediador das relações de conflito que se dão em sala de aula<sup>6</sup>:

---

4 Projeto da Rede de Proteção ao Educando (RPE)- em atendimento à resolução nº 74 de 10/11/2006. O trabalho de análise da instituição escolar é feito por equipe interdisciplinar (psicólogos e assistentes sociais) e visa promover reflexões sobre suas práticas auxiliando-a no enfrentamento de seus impasses.

5 Pólo de Atendimento Extra Escolar (PAEE), projeto da SME em atendimento ao decreto 19.904 d e 16 de maio de 2001. Os PAEEs surgiram com o objetivo de contemplar as necessidades levantadas por profissionais da educação básica em situações que extrapolam as possibilidades de intervenção puramente pedagógicas (Israel et al, 2001).

6 Relato de encaminhamento para o PAEE Yuri Gagarin, 2002. Agradecemos à Prefeitura do Rio de Janeiro que disponibilizou o material para análise.

O aluno apresenta rejeição por qualquer atividade de alfabetização. Foi comprovado clinicamente, por profissional habilitado, que tem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) [...] Tem interesse nas atividades desenvolvidas na Educação Infantil e nas atividades de Educação Física. Também apresenta interesse pelas atividades lúdicas. Não segue nenhuma regra de conduta, está sempre ‘aprontando’. Está sempre ultrapassando o limite.

O relatório tem, além do mais, um espaço para preencher com “informações fornecidas pela família”:

Todas. Clinicamente comprovadas. Tenta ajudar a escola. Enviou-nos pesquisa sobre o TDAH realizada na Internet e me presenteou com o livro ‘No mundo da Lua’. [...] Escrito pelo Dr Paulo Mattos que é médico psiquiatra, professor da UFRJ, mestre e doutor em psiquiatria e pesquisador e consultor do CNPq. Coordenador do GEDA e vice-presidente da ABDA [...] <sup>7</sup>

Esse exemplo nos mostra como o transtorno mobiliza as relações dentro da escola, já que modula uma enunciação sobre o aluno, possibilita uma compreensão sobre suas condutas e intervém na relação entre a professora e a família. Além disso, é possível perceber nesses fragmentos que, se esse diagnóstico se apresenta como instrumento potente de produção de sentido no espaço escolar, é na medida em que se reveste da autoridade científica que ele ganha força e se reproduz.

Nesse sentido, os saberes que se produzem e circulam no meio acadêmico e suas formas privilegiadas de divulgação nos apontam para questionamentos mais amplos sobre suas produções sociais – neste caso, por exemplo, a relação de parceria entre a família e a professora mediada pelo transtorno – e sobre as condições sócio-culturais para sua emergência e difusão. Utilizando-nos novamente do nosso exemplo, podemos citar a importância social da autoridade científica da qual o diagnóstico se reveste e que a professora representa.

---

<sup>7</sup> O objetivo inicial desta pesquisa era analisar, também, um conjunto de relatórios de encaminhamento para um PAEE e, assim, o discurso dos professores da rede municipal de ensino do Rio de Janeiro sobre os alunos que lhes trazem problemas em sala de aula. Apesar de termos conseguido autorização para trabalhar com esse material pela prefeitura do Rio de Janeiro, a aprovação da pesquisa no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz não foi obtida a tempo de realizá-la dentro do prazo previsto para conclusão desta dissertação.



Nos voltamos, portanto, neste trabalho para: (i) a forma como o discurso científico da psiquiatria biológica se apropria do fenômeno da desadaptação escolar e o descreve de acordo com seus próprios termos; (ii) os discursos dissonantes presentes em publicações científicas, que descrevem os mesmos comportamentos a partir de diferentes significados; (iii) a mobilização em torno da divulgação das informações sobre o TDAH para a população.

A partir da década de 1990 “O TDAH foi legitimado, popularizado, universalizado e tornou-se motivo de polêmica” (Caliman, 2006, p.102). Esse foi o momento de ampla difusão social do diagnóstico TDAH no Ocidente e, portanto, momento em que parece terem se generalizado novas formas de descrever essas crianças com comportamentos que desafiam a norma escolar.

O aumento vertiginoso deste diagnóstico e do tratamento medicamentoso que o acompanha reflete-se tanto nos dados referentes ao aumento de pessoas diagnosticadas e do consumo de psicoestimulantes, quanto no interesse científico e midiático acerca do tema. Como exemplo, podemos citar o aumento da produção mundial de Ritalina – o psicoestimulante normalmente associado ao tratamento do transtorno – que era de 2,8 toneladas em 1990 chegou a quase quase 38 toneladas em 2006. No Brasil, seguindo essa tendência, a produção de metilfenidato, cresceu 485% entre 2002 e 2006 (Itaborahy, 2009). Além disso, segundo Vasconcelos *et al.*, (2005) o TDAH é o distúrbio do neurodesenvolvimento pediátrico mais estudado e, “entre 1983 e 2000, publicaram-se mais de 1400 artigos científicos apenas sobre o tratamento com psicoestimulantes” (*ibid.*, p.69).

A difusão do TDAH é um fenômeno ocidental contemporâneo e mobiliza questões culturais, epistemológicas e tecnológicas que atravessam e transcendem as particularidades do campo científico brasileiro e mesmo do campo educacional, cenário ao qual nos voltamos em nossas análises. Situar esse fenômeno, o discurso científico que o encampa, as ferramentas das quais dispõe para se impor e se tornar hegemônico, é o objetivo do nosso primeiro capítulo.

Esta contextualização do fenômeno TDAH implica considerar as condições de possibilidade, que são produto de um processo histórico-social, de sua expansão e de sua importância contra o argumento de que a única história possível desse transtorno é aquela que conta o caminho dos progressos científicos em direção à verdade sobre essa disfunção biológica.

Indicamos, em primeiro lugar, a perspectiva em que se dá nossa abordagem. Algumas ideias presentes no livro *La génesis y el desenvolvimiento del hecho científico*, de Ludwick Fleck (1986), publicado pela primeira vez em 1935, serão a principal ferramenta teórica na abordagem que propomos, já que o autor defende que qualquer entidade nosológica, ou fato científico, é um produto sócio-histórico e só pode ser compreendido se levarmos em consideração o contexto de seu desenvolvimento.

Em seguida, ainda no primeiro capítulo, apresentamos como se descreve a sintomatologia deste diagnóstico no manual psiquiátrico que o apresenta – *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder's IV*, o DSM IV – e como, nessa descrição, a escola comparece como um espaço privilegiado para a emergência e a detecção deste transtorno. O DSM, a lógica da psiquiatria biológica que ele encampa, suas sucessivas versões e as diferenças na circunscrição do TDAH que ele veicula são objeto de nossas análises. Por fim, discutimos como o recurso à história do TDAH – as descrições das designações médicas que seriam as precursoras deste transtorno – é ferramenta de legitimação do transtorno, na medida em que é utilizado para confirmar seu caráter biológico e, portanto, sua a-temporalidade e a-culturação.

Se, de fato, há um crescimento global dos diagnósticos de TDAH, Singh (2006) afirma que só é possível compreender os complexos fatores sócio-culturais inerentes a essa expansão a partir do estudo e das comparações das histórias locais. A despeito – ou talvez em função – da grande difusão social do TDAH, este se tornou o transtorno mais controverso na atualidade (Rose, 2006, p.472). Esta controvérsia, amplamente alardeada, certamente se expressa com especificidades locais na produção científica brasileira sobre o tema, bem como

na mobilização que encontramos na ABDA em divulgar para a população informações acerca de sua *realidade* biológica e de seu estatuto de entidade nosológica válida. A análise destes debates é o foco do segundo capítulo deste trabalho.

Neste material, procuramos elucidar como os comportamentos de desadaptação são enunciados e, concomitantemente, constituídos. Aqui, partimos principalmente das propostas metodológicas de análise da literatura científica presentes na obra *Ciência em Ação* (Latour 2000). O autor propõe como metodologia de investigação a análise das controvérsias, das incertezas, das decisões, das concorrências, que estão sempre presentes antes da postulação de um fato científico indubitável ou, em suas palavras, antes que uma sentença ou uma máquina se torne uma ‘caixa preta’.

Este recorte *local* – como no Brasil diferentes saberes dialogam, se aliam ou divergem e como enunciam suas verdades a respeito dos comportamentos de desadaptação escolar – nos ajuda a pensar o processo *global* de legitimação deste diagnóstico.

Após contextualizarmos o transtorno com o qual nossas fontes dialogam e dar relevo às enunciações e controvérsias aí expressas, delineamos, no terceiro capítulo, esse campo que se constrói em torno do processo de legitimação do TDAH. Iluminamos, para tanto, alguns aspectos da sociedade contemporânea que perpassam especialmente a questão do TDAH – a cerebrização das condutas, a quantificação do futuro em termos de riscos e probabilidades, a atenção e a capacidade de auto-controle tornados recursos centrais para o bom-desempenho, entre outros – mas também especificidades da organização brasileira dos campos de saber ligados à educação, à psiquiatria e à psicanálise.

A investigação desses discursos múltiplos sobre comportamentos desadaptados infantis objetiva discutir como se constrói, a partir de um modelo científico e de seu empenho em se tornar hegemônico, a conceituação dos comportamentos de desadaptação infantis. Trata-se de analisar o processo

brasileiro de legitimação deste transtorno tendo em vista o debate científico em torno deste diagnóstico e a interface que ele mobiliza entre os campos da saúde e da educação. Em outras palavras, investigamos como o discurso estritamente psiquiátrico articula-se às vozes da psicologia e da educação e que formas discursivas se produzem atualmente na descrição desses comportamentos que resistem à organização escolar.

## 2. O que é o TDAH? Textos e contextos

### 2.1. O discurso do consenso acerca do TDAH sob uma perspectiva crítica

A nomenclatura diagnóstica TDAH surgiu em 1994, por ocasião da publicação da versão do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder's IV* (DSM IV), editado pela *American Psychiatric Association*. O Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), que guarda poucas diferenças sintomatológicas com relação ao diagnóstico TDAH, foi estabelecido pela primeira vez em 1980, com a publicação da versão anterior do manual diagnóstico, o DSM III. Desde então, esse diagnóstico tem se disseminado crescentemente dentro e fora do meio psiquiátrico e já “é o transtorno mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para serviços especializados” (ABDA, 2008e).

Ao investigar um conceito nosológico recente, temos a oportunidade de levantar questões sobre o processo de legitimação da patologia na ocasião em que esta está sendo produzida, negociada, defendida ou atacada. Se Latour (2000) propõe a abertura das ‘caixas pretas’ para a investigação sociológica dos conceitos científicos já consensuais, estáveis, comprovados, unívocos, o que nos move é justamente a possibilidade de pensar o diagnóstico psiquiátrico do TDAH antes que as nossas caixas se fechem.

Para investigar a construção e o processo de legitimação deste diagnóstico no cenário científico e educacional brasileiro, é necessário desnaturalizar esse conceito nosográfico da psiquiatria e localizá-lo em um contexto e época específicos. A proposta é nos guiarmos por uma perspectiva crítica apoiada nas ideias de Latour, Fleck e Rosenberg, uma vez que esses autores concordam que a existência e a compreensão de uma entidade nosológica está condicionada ao seu contexto histórico-social.

Fleck (1986) analisa a origem do conceito moderno de sífilis e, através deste estudo de caso, elabora sua epistemologia. Para o autor, o conceito atual

de sífilis é produto de todo um processo histórico e social do conhecimento. Assim, da mesma maneira, as concepções da ciência moderna e os fatos científicos são também produtos surgidos historicamente e só podem ser realmente compreendidos e analisados na medida em que recorremos ao seu desenvolvimento histórico.

O autor afirma que a apropriação científica dos objetos é, de qualquer modo, sempre dependente de fatores ditos subjetivos, tanto no nível individual – as opiniões particulares do cientista – quanto no nível coletivo – as conexões e transformações das ideias compartilhadas, dos *estilos de pensamento*. Ao propor em seus estudos a origem e a gênese do conceito moderno de sífilis, Fleck diz que uma entidade nosológica não é perfeitamente definível por seus sintomas ou pelo organismo causador da doença: “É ingênuo pensar [...] que podemos alcançar o conceito da entidade nosológica ‘sífilis’ simplesmente e com segurança somente usando técnicas correntes de observação e experimentação”<sup>8</sup> (ibid., p.68). Daí a importância da intenção de propor uma abordagem que leve em consideração a evolução das linhas coletivas de pensamento.

O ponto de vista histórico que defendemos a partir das ideias de Fleck considera as condições de possibilidade, que são produto de um processo histórico e social, da expansão e da importância do TDAH na atualidade. Significa inseri-lo em um contexto e em uma época, buscar seus sentidos a partir dos atores, das tecnologias, do vocabulário, dos interesses financeiros, dos meios de divulgação, etc., envolvidos no processo de sua legitimação, o que permite compreendê-lo historicamente, ainda que estejamos tratando de um transtorno contemporâneo.

O discurso médico-psiquiátrico hegemônico que se ocupa do TDAH defende que o crescimento no número de crianças e adultos diagnosticados seria resultado do progresso do conhecimento sobre a doença: “o grande aumento do número de diagnósticos nos Estados Unidos deve-se, em grande parte, à conscientização sobre o transtorno.” (Barkley, 2002, p.40). Nesta perspectiva, o

---

8 Todas as traduções são nossas

TDAH é um fato biológico e atemporal e, se o número de diagnósticos aumenta, é porque o transtorno estava sendo subdiagnosticado e os portadores privados, portanto, dos benefícios que o conhecimento sobre o transtorno e seu tratamento trariam para suas vidas. Esse discurso dominante é representado pela interpretação neurobiológica, que considera que “as contingências locais, morais, sociais e políticas de uma época não afetam a produção científica da patologia e a condição existencial que ela descreve” (Caliman, 2006, p.70). Nesta visão, o fato médico é uma realidade independente, definitiva, não condicionada por fatores temporais e sociais; é um evento puramente objetivo e sua descoberta resulta do progresso das ciências que o investigam.

Fleck autoriza um questionamento radical sobre a existência “em si” de qualquer entidade nosológica em seu esforço de desconstrução da noção corrente de que existiria alguma relação necessária, lógica e intrínseca ao evento biológico que levaria ao estabelecimento de um conceito científico. Nessa radicalidade, Fleck afirma que a própria concepção moderna de conceito nosológico, a classificação de doenças enquanto entidades específicas, é também fruto do desenvolvimento histórico:

“como a história nos ensina, podem-se introduzir não só classificações totalmente distintas das enfermidades, como também prescindir completamente do conceito de entidade nosológica” (Fleck, 1986, p. 68).

Aqui, podemos estabelecer um diálogo desta concepção com a visão contextualista sobre a constituição das doenças apresentada por Rosenberg (1992). A análise desse autor também se direciona no sentido da compreensão histórica e social do próprio ato de diagnosticar, ou seja, de nomear e classificar uma doença enquanto uma entidade discreta. A metáfora utilizada que nos indica seu foco da análise no capítulo: *Framing disease: illness, society and History* é ‘enquadramento’ (*frame*). Esse termo permite entender a doença como sendo ‘enquadrada’ (*framing disease*), o que se refere à necessidade atual de conceituá-la, colocá-la em um quadro classificatório, taxonômico, como uma maneira de responder ao sofrimento por ela causado:

“ao tecer um quadro explicativo, os médicos empregam um tipo de construção modular, e utilizam elementos de construção intelectual disponíveis em seu espaço e tempo.” (ibid., p. 311).

O autor propõe que uma doença só existe quando ela é socialmente aceita enquanto tal, quando ela é definida, nomeada. O processo de nomeação resulta de um acordo, um processo complexo de negociação em torno da doença, que condiciona a sua percepção por parte da sociedade e a maneira de responder a ela. Nesse sentido, o processo de legitimação da doença é necessariamente social e implica uma negociação em diferentes níveis: no nível profissional, institucional, cultural e etc. Isso significa que “não podemos discutir o *o quê* da doença sem discutir *o quando* e *o onde*” (Rosenberg, 1990, p. 496). A doença (enquanto evento biológico, sofrimento, conceito, ou resposta terapêutica) é sempre definida e vivida dentro de um espaço, de uma geração, de um período de tempo.

Essa visão nos ajuda a pensar a categoria diagnóstica do TDAH como o produto dessa negociação complexa que é intrínseca ao processo de legitimação de uma determinada doença. Com apoio das ideias de Rosenberg, pretendemos analisar faces do processo histórico de produção do conceito nosológico com o qual pretendemos trabalhar.

Um exemplo interessante da importância desse processo de legitimação social no caso da entidade nosográfica que nos interessa, é a publicação, em 2002, de um *Consenso Internacional*, que teve o intuito de atestar a legitimidade do TDAH. Esse documento, que tem como primeiro autor Russel Barkley e é assinado por cientistas de diversos países, nos mostra, paradoxalmente: a negação expressa de qualquer processo de ‘negociação’ social que implique no estabelecimento do conceito nosológico e, ao mesmo tempo, a dependência com relação à opinião pública explícita no próprio sentido do documento: convencer a população da realidade da condição médica e, portanto, biológica, do TDAH. (*International Consensus Statement on ADHD -ICS, 2002*).



Logo no início, o texto afirma a preocupação profunda por parte dos cientistas com a divulgação midiática do TDAH como um mito e com a possibilidade de que isso provoque, na população, a sensação de que o transtorno não consiste em um problema real. Para se opor a esse clima de desconfiança, os cientistas partem para o embate público contra “a visão inteiramente não científica de alguns críticos sociais” (ICS, 2002, p.90) e contra a mídia que veicula esse tipo de opinião. O texto legitima-se a partir de quem o assina (são pouco mais de duas páginas de texto e seis de assinaturas) e está permeado por afirmações do tipo: “Todas as grandes associações médicas e as agências governamentais de saúde reconhecem o TDAH como um transtorno genuíno” (*Ibid.*, p.90) ou ainda: “Segundo os cientistas signatários deste documento, não há dúvida entre os maiores pesquisadores do mundo que o TDAH significa uma deficiência séria” (ICS, 2002, p.89). O argumento é o da autoridade de um coletivo que, segundo os autores, representa um pensamento científico unívoco.

A necessidade de afirmar que há um consenso no que se refere ao TDAH nos mostra o quanto as controvérsias e os debates sobre esse transtorno são intensos. É nessa medida que analisamos os recursos de convencimento que encontramos no *Consenso* e que parecem nos demonstrar o esforço em suprimir todos os possíveis conflitos envolvidos no processo de legitimação do diagnóstico com base na argumentação da autoridade científica. Em momentos diferentes do texto podemos, por exemplo, atentar para certas analogias com outros fatos científicos mais bem estabelecidos socialmente que parecem ter o intuito de ridicularizar as opiniões ditas não-científicas. Por exemplo, sobre um possível desacordo científico com relação ao TDAH, os autores afirmam: “não existe tal desacordo – pelo menos, não mais do que os existentes a respeito do fumo ser uma causa de câncer, por exemplo, ou se um vírus causa o HIV/AIDS.” (ICS, 2002, p. 90). Ou ainda, afirmar que o TDAH é uma condição fictícia, para os autores, “é a mesma coisa que declarar que a terra é achatada, as leis da gravidade são discutíveis e a tabela periódica dos elementos químicos, uma fraude.” (*ibid.*, p.90)

Ao descrever aqui a posição do discurso psiquiátrico oficial que concerne o TDAH, não pretendemos nos declarar contra ou a favor da existência do transtorno em questão ou de suas bases biológicas. O discurso dicotômico em termos da verdade e do erro, da existência real ou da ficção, é exatamente o que pretendemos criticar. No *Consenso*, vemos como o TDAH é apresentado como um fato fixo, imutável e a-temporal, posto que biológico. Em oposição a isso, o que nos interessa é o processo que visa torná-lo um transtorno real, específico, bem delimitado, reproduzido, que tem consequências concretas para a vida das pessoas, que é objeto de investigação científica e de debates sociais. Pretendemos refletir sobre outras formas de compreender esse transtorno e sua expansão, diversa desta que considera que o transtorno é explicável apenas pelo recurso e pelo avanço dos métodos científicos propostos por seus especialistas.

Consideramos que a construção de uma categoria diagnóstica deve ser investigada levando-se em consideração seu contexto sócio-histórico. Seguimos a sugestão de Latour (2000), e escolhemos a controvérsia como porta de entrada para a análise da legitimação deste transtorno. Tanto a resistência com relação a sua existência e ao tratamento medicamentoso, usualmente prescrito, quanto a necessidade expressa de divulgar informações ‘corretas’ para a população, fazem parte da negociação em torno do diagnóstico que o constitui. São muitas as variáveis, os atores, os cenários, os interesses aí envolvidos e não há uma, mas múltiplas histórias possíveis deste processo.

## **2.2. O TDAH na Educação**

Ao analisarmos o processo e os critérios diagnósticos tal como postulados no DSM IV, podemos ter a dimensão do caráter social deste diagnóstico e da importância da instituição e dos atores ligados à educação nesta construção. Para Rafalovich (2002), a descrição do TDAH no DSM IV é feita dentro do setting escolar e é direcionada pra sua análise. Trata-se de comportamentos problemáticos para a escola, há muito identificados como

obstáculos para o sucesso acadêmico e para boa adaptação neste ambiente. O autor aponta para “a relação reflexiva entre os discursos psiquiátrico e educacional, na qual um usa o outro para validar uma compreensão determinada do TDAH” (*ibid.*, p.216).

Nesse sentido, o diagnóstico do TDAH une os pontos de vista neurológico e escolar em uma única descrição. Essa visão que aponta para aliança entre esses discursos pauta a nossa abordagem do transtorno e é para ela que voltaremos nossas análises. No momento, nos atemos na indissociabilidade entre a definição do TDAH e o ambiente escolar.

Seguindo a lógica sintomatológica e classificatória do DSM IV<sup>9</sup>, o diagnóstico TDAH pode ser postulado para aqueles que tenham no mínimo seis sintomas de desatenção dos nove listados e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade também em uma lista de nove itens. À guisa de exemplo, listamos alguns itens que relacionam diretamente problemas de comportamento em sala de aula: “frequentemente deixa a cadeira na sala de aula ou em outras situações nas quais ficar sentado é esperado”, “frequentemente responde às perguntas antes de ouvi-las por inteiro” ou “frequentemente não segue a contento instruções ou não termina trabalhos, tarefas ou deveres no espaço de trabalho”<sup>10</sup>(APA, 1994, p.84).

Além disso, é necessário que os comportamentos sintomáticos estejam presentes há pelo menos seis meses e que ocorram em, no mínimo, dois ambientes diferentes (como em casa e na escola, por exemplo). Outra ressalva que encontramos no DSM IV é a de que esses comportamentos podem não aparecer em situações novas e controladas, como no consultório psiquiátrico. Portanto, o médico deve “investigar os comportamentos individuais em diversas situações e em cada ambiente” (*ibid.*, p. 80).

---

9 O DSM III, em 1980, inova a psiquiatria ao postular uma lista de sintomas e um ponto de corte como critério nosológico para o diagnóstico psiquiátrico, sem qualquer referência à etiologia do distúrbio mental. Discutimos com detalhes a ruptura que correspondeu à publicação deste manual na psiquiatria contemporânea no item 5.3.

10 A lista sintomática do TDAH, de acordo com os DSM-II a IV, encontra-se no Anexo I. Já a discussão sobre a relação entre os sintomas listados no DSM e o ambiente educacional encontra-se no item 2.5

Nesse sentido, o exame psiquiátrico depende da avaliação não só do médico, mas do próprio sujeito e, como é comumente diagnosticado na infância, dos seus pais e dos seus professores. A escola parece, portanto, um espaço privilegiado de circulação, apropriação, reforço ou subversão deste saber, já que são os educadores, na maioria dos casos, os responsáveis pelo encaminhamento ao psiquiatra, e já que participam da diagnose médica.

A escola é também o lugar no qual os sintomas do TDAH se tornam mais explícitos. A criança deve obedecer a normas compartilhadas por outras crianças e sua atenção é requerida de maneira mais sistemática e por períodos mais longos. Encontramos no manual a afirmação de que é ao ingressar na escola que as crianças são finalmente identificadas como portadoras do transtorno: “Em geral, o transtorno é inicialmente diagnosticado durante os primeiros anos na escola, quando a adaptação escolar é comprometida” (APA, 1994, p.82). Essa afirmação nos leva a uma questão cara ao nosso trabalho, e que diz respeito à própria construção social desse diagnóstico, já que ele se relaciona diretamente à não adaptação às normas e às exigências sociais que nos são colocadas. Se a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade são comportamentos comuns, apresentados por todas as crianças, é o seu *excesso* que se torna patológico. Portanto, o nível de tolerância social para determinados comportamentos em uma instituição normativa como a escola participa nos deslocamentos e redefinições das fronteiras entre o que é normal e o que é patológico.

A questão da integração escolar é central para a este transtorno. A relação do TDAH com o fracasso escolar é apresentada como o problema principal do transtorno e legitima sua terapêutica medicamentosa<sup>11</sup>. Como vimos, muitos dos seus critérios diagnósticos são feitos em função das normas escolares e os professores são cada vez mais os principais responsáveis por identificar e encaminhar a criança potencialmente TDAH para o psiquiatra. Isso torna o ambiente escolar espaço privilegiado para as investigações psiquiátricas e os professores atores fundamentais na legitimação do diagnóstico.

---

11 Essa questão será aprofundada no terceiro capítulo.

### 2.3. Descrição e divergências

A seguir, apresentamos o discurso psiquiátrico com o qual nossas fontes irão dialogar e o transtorno, objeto de nossos estudo, que ele designa. Essa revisão crítica, mais do que negar a existência biológica ou a realidade deste transtorno, volta-se para as condições determinantes para que ele se tornasse objeto de tantos estudos e tantas controvérsias públicas, de tantos manuais para o público leigo e de tantos encaminhamentos para a rede de saúde.

Para que possamos remontar a essa contextualização, nos guiamos tanto por representantes do discurso psiquiátrico oficial, quanto por aqueles que se preocuparam em articular o percurso histórico e as possibilidades culturais e sociais que sustentam a legitimidade deste transtorno na atualidade. O objetivo desta revisão é de que ela possa nos apontar alguns caminhos de compreensão sócio-histórica desse discurso. É importante ressaltar que a literatura brasileira, seja a biomédica, seja a sociológica ou histórica que aborda o TDAH, sua descrição e sua história, o faz baseado em literatura estrangeira. Assim, o discurso sobre o TDAH parece globalizado, e tanto os autores que o defendem quanto seus críticos partem das mesmas referências e dos mesmos marcos históricos, predominantemente, como veremos, de origem anglo-saxônica.

A descrição do TDAH, em linhas gerais, encontra um razoável consenso nas descrições presentes nos manuais para pais, professores, profissionais de saúde, bem como em informações conseguidas em *sites* na internet sobre o assunto. Segundo tal perspectiva, trata-se de um transtorno do desenvolvimento de base genética e neuroquímica que normalmente emerge em idade pré-escolar, mas que pode persistir até a idade adulta. É caracterizado por sintomas de agitação motora, impulsividade e/ou dificuldade de realizar tarefas que demandem esforço concentrado da atenção, desde que essas características se apresentem excessivas com relação àqueles indivíduos não-portadores no mesmo estágio de desenvolvimento. Atinge em média 3 a 5% das crianças e pode trazer prejuízos sociais, de aprendizagem e riscos para os indivíduos e para a

sociedade, caso não seja corretamente diagnosticado e tratado (c.f. ABDA, 2008; Barkley, 2002; Mattos, 2003).

Entretanto, existem também muitas controvérsias internas ao próprio discurso neuro-psiquiátrico. Alguns pontos são alvo claro de contradição entre os cientistas que se ocupam das investigações sobre esse transtorno. As variações nas estimativas encontradas são enormes, e vão de 1,7 a 17,8% (Stefanatos, 2007). Essas diferenças encontradas são atribuídas a diversos fatores. Atribui-se as variações às características da amostra populacional de cada estudo e ao rigor (ou à falta de rigor) com que os critérios diagnósticos do manual são aplicados (Faraone et al., 2003). Além disso, admite-se que as variações são resultado das revisões sucessivas que sofreu o DSM desde a sua terceira versão, e das mudanças correspondentes na categoria diagnóstica objeto de nossos estudos: “as mudanças nas categorias e itens no DSM resultam em algumas mudanças na atribuição diagnóstica assim como nas taxas de prevalência” (Wolraich & Baumgaertel, 2003, p.170 ).

As diferenças na nomenclatura e critério diagnóstico nas versões DSM III, DSM III-R, e DSM IV serão detalhadamente discutidas mais adiante. Porém, é digno de nota que elas representem cortes diferentes da nosologia, o que implica em diferentes formas de combinar e priorizar os sintomas – hiperatividade, impulsividade e desatenção – em questão. A variedade dos sintomas circunscritos em uma mesma entidade nosológica cria, também, divergências entre os *especialistas* em TDAH.

Barkley (2006), por exemplo, propõe um modelo explicativo do TDAH segundo o qual a principal deficiência no transtorno é um problema nas respostas de inibição do comportamento. O indivíduo TDAH não consegue interiorizar um tempo que lhe é externo, ou seja, não consegue agir guiado pelas consequências futuras de suas ações, o que lhe exigiria inibição das suas respostas imediatas. Isso o leva à hipótese de que o tipo predominantemente desatento, que não apresenta sintomas de comportamentos impulsivos e desregulados, “talvez não tenha, de fato, sua deficiência na mesma forma que é

encontrada nos outros dois tipos” (*ibid.* p.5). Ele propõe, portanto, ao contrário do que é postulado na última versão do DSM, que se trataria de duas formas do transtorno, duas síndromes diversas no que diz respeito a sua etiologia.

Se a nomenclatura e a hierarquização dos principais sintomas do TDAH variou desde a terceira versão do DSM III, Singh (2002) especula que “a teoria de Barkley talvez influencie ainda outro deslocamento na nomenclatura diagnóstica que enfatize o auto-controle no lugar da atenção e da hiperatividade” (*ibid.*, p.361). Este exemplo nos mostra o quanto a questão do TDAH é controversa e está sujeita a constantes renovações.

A prevalência do TDAH varia também, consideravelmente, de acordo com o gênero, sendo pelo menos três vezes mais comum entre meninos do que entre meninas. A causa dessa desproporção gera debates entre os pesquisadores do transtorno. Pode ser atribuída às complexas diferenças neuro-biológicas entre os gêneros, mas foi também sugerido que as pesquisas que definem os critérios diagnósticos utilizaram amostras predominantemente masculinas e que, portanto, contemplam melhor a sintomatologia tal como aparece nos meninos (Stefanatos, 2007). A explicação mais comum que encontramos, entretanto, é que essa variação reflete a maior exterioridade dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, mais frequentemente associados ao sexo masculino em relação aos sintomas de desatenção, que seriam predominantemente femininos: “a forma hiperativa é mais comum no sexo masculino, os meninos tendem a ‘incomodar mais em sala de aula’ [...] como são mais encaminhados, também são mais diagnosticados” (Mattos, 2003, p.27).

Há muitas outras questões ainda consideradas problemáticas sobre as quais os especialistas se debruçam e para as quais ainda não encontram resposta unívoca. Sem a pretensão de sermos exaustivos, podemos citar: a dificuldade de identificação dos processos neuropsicológicos fundamentais ligados ao desenvolvimento do TDAH, principalmente se levado em consideração a heterogeneidade do transtorno; o alto índice de co-morbidade, ou seja, de transtornos associados, como o transtorno opositor-desafiador, cujos sintomas

poderiam mascarar o TDAH, dificultar seu isolamento em uma entidade específica, além de colocar questões sobre qual seria o transtorno primário; a diferença de prevalência quando se leva em consideração o informante que referirá os sintomas, se é a família, o professor ou o próprio sujeito; remissão dos sintomas com o passar dos anos ou modificação nas suas formas de exteriorização e etc.<sup>12</sup>

Até o momento, apresentamos as divergências internas ao campo da psiquiatria. Expusemos algumas das pesquisas e debates científicos bastante atuais que concernem ao transtorno. A dificuldade em se postular os critérios garantidores do *status* científico do transtorno (método válido, amostras confiáveis, critérios diagnósticos únicos, presença de um fator etiológico identificável) e a variedade das conclusões, estudos e hipóteses que permeiam o debate científico, entretanto, não o invalidam. Ao contrário, sustentam sua lógica. As divergências funcionam como argumento para o refinamento dos métodos de pesquisa que visam, em última instância, confirmar a hipótese biológica do TDAH. Os questionamentos que essas divergências levantam são produto de uma mesma perspectiva, que procura descrever e delimitar os desvios de comportamento e compreendê-los como transtornos decorrentes de disfunções físicas, cerebrais ou neuro-químicas.

Passemos agora à discussão sobre a lógica que o DSM encampa a partir de sua terceira versão, contextualizando o aparecimento desse manual diagnóstico e as mudanças em grande escala a ele ligadas. A análise das últimas versões do DSM – e do funcionamento da psiquiatria biológica da qual deriva – tem dois objetivos que são, de fato, indissociáveis: em primeiro lugar, pretendemos discutir de forma crítica sua organização pretensamente empírica, objetiva e a-teórica. O DSM apresenta-se como um manual democrático e aberto ao debate, a críticas e controvérsias, o que levaria às constantes revisões e renovações em sua nosografia. Pretendemos mostrar como, ao contrário, esta reorganização dos transtornos mentais está, na realidade, ligada a uma

---

12 Para um panorama das diversas pesquisas que concernem o TDAH, c.f. Stefanatos, 2007.



perspectiva teórica bem definida. Se, como veremos, é a lógica da psiquiatria biológica que sustenta essa aparente perspectiva a-teórica, por outro lado, as próprias incertezas e controvérsias presentes no interior do discurso científico psiquiátrico hegemônico são mitigadas no manual pela forma objetivista e descritiva como é organizado. A prioridade que é dada para a confiabilidade e concordância diagnóstica acaba por deixar, para segundo plano, questões sobre a validade do transtorno. O manual ganha status de autoridade e debates sobre os processos científicos utilizados para se chegar a conclusões sobre a definição de uma determinada patologia são, em geral, ignorados pelos clínicos que o utilizam.

#### **2.4. O DSM e a hegemonia da psiquiatria biológica**

Os diagnósticos de DDA e, posteriormente, de TDAH estão inseridos na lógica da psiquiatria biológica, o que implica descrever o sofrimento psíquico ou o desvio comportamental como um distúrbio físico ou, utilizando termos mais atuais, como uma disfunção neuro-fisiológica. Utiliza-se, para a psiquiatria biológica, os termos reducionismo fisicalista já que ela “aposta, de uma maneira geral, na redução de qualquer descrição de acontecimentos mentais a descrições obtidas através do emprego de vocabulários fisicalistas e biológicos” (Serpa Junior, p.239, 1998). Nesta lógica, todos os fenômenos ditos subjetivos podem ser potencialmente traduzidos em termos físico-químicos. A publicação da terceira versão do DSM em 1980, manual amplamente adotado também por psiquiatras brasileiros, marcou a transformação no paradigma psiquiátrico que correspondeu à consolidação da hegemonia da psiquiatria biológica. A biologização da psiquiatria que se consolidou ao longo da década de 1970 nos Estados Unidos correspondeu a uma ruptura com uma psiquiatria na qual os pressupostos eram predominantemente psicológicos e sociais. Esta ruptura representou a “passagem de uma hegemonia de termos e conceitos psicanalíticos para uma hegemonia de termos e conceitos fisicalistas” (Russo, p. 44, 1999).

Para entendermos a revolução e a difusão desse manual que “transformou-se rapidamente numa espécie de bíblia psiquiátrica” (Russo & Venâncio, 2006, p.469) retomamos brevemente o percurso do DSM até 1980, no contexto internacional. Procuramos também estabelecer alguns paralelos que as sucessivas versões do DSM mantiveram com as edições da Classificação Internacional de Doenças (CID).

A CID é desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde e, oficialmente, é a classificação nosológica adotada no Brasil. Em 1952, mesmo ano de publicação da CID – 6, foi publicada a primeira versão do DSM pela *Associação de Psiquiatria Americana* que se consistiu no “primeiro manual oficial de transtornos mentais a se centrar no uso clínico” (APA, 1994, p. XVII). O uso do termo “reação” ao longo do manual indica que a psiquiatria americana de então era dominada pela perspectiva psico-dinâmica (Russo, 1997). Nessa perspectiva, os transtornos mentais representariam “reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos” (APA, 1994, p. XVII). Vale ressaltar ainda que no DSM I não há uma seção específica para os distúrbios infantis e não encontramos uma entidade nosológica singular que corresponderia à hiperatividade infantil.

O DSM II foi publicado em 1968, dois anos após a publicação da CID-8, e teve por objetivo alinhar sua nomenclatura a esta. Entretanto, não encontramos modificações essenciais entre a primeira e a segunda versão. A nova publicação

“não significou uma ruptura importante em termos das concepções dominantes no campo, sendo antes expressão da hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão (e possível tratamento) da doença mental” (Russo & Venâncio, 2006, p.463).

Tanto a primeira quanto a segunda versão do DSM não constituíam ainda a referência central para o uso clínico.

Nesse manual encontramos dois termos que possuem sintomatologia semelhante ao TDAH: *reação hipercinética da infância* e *Disfunção cerebral mínima* (DCM). É interessante notar que ambas as categorias têm a mesma descrição sintomatológica, mas se diferenciam por sua *etiologia*: a reação hipercinética da infância teria origem psicológica enquanto a DCM seria causada por disfunções supostamente orgânicas. Voltamos a essa distinção adiante.

O alinhamento à nomenclatura da CID-9 e a adaptação à nomenclatura da OMS consistiu em um dos argumentos oficiais para a realização também da famosa terceira edição do DSM, no ano de 1980. Porém, os organizadores do DSM-III parecem ter se proposto a algo mais ambicioso do que adequar-se à *Classificação Internacional de Doenças*. Seus autores consideraram este o primeiro instrumento diagnóstico confiável para o uso prático e para fins de pesquisa:

“O CID-9 não incluiu critério diagnóstico ou um sistema multifatorial [...] Em contraste, o DSM-III foi desenvolvido como objetivo adicional de prover uma nomenclatura médica para clínicos e pesquisadores.”

E ainda, segundo a retrospectiva histórica que se encontra na introdução do DSM IV, o DSM III “representou o maior avanço em diagnósticos de transtornos mentais e facilitou enormemente a pesquisa empírica” (APA, 1994, p.XVIII).

O projeto empreendido pela APA e pela força-tarefa reunida pelo então chefe da biometria do instituto psiquiátrico de Nova York, Bob Spitzer, a partir de meados dos anos 70, pretendia reformular completamente o DSM II. O novo manual deveria ser baseado em evidências, em critérios diagnósticos (ao invés de utilizar descrições gerais como era o caso dos manuais anteriores) e ser confiável, ou seja, possibilitar um grau alto de concordância diagnóstica entre diferentes psiquiatras (APA, 1994).

De fato, o DSM III parece ter sido uma resposta à crise de legitimidade que o saber psiquiátrico americano vivenciou na década de 70. Diferentes estudos do período sugeriam que psiquiatras americanos super-diagnosticavam a doença mental, que não havia avaliações clínicas sistemáticas e que seus

diagnósticos e avaliações não eram confiáveis (Andreasen, 2006, p.3). O resultado foi “uma redefinição radical na atividade de diagnosticar: a interpretação de símbolos de sofrimento é substituída por uma leitura de sinais de doença” (Henning, 2000, p.125). O rompimento com o vocabulário psicologizante das versões anteriores deste manual, cuja classificação para seus críticos se baseava “em uma pretensa *etiologia* dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes *inferidos* pelo clínico, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa”, resultou no abandono do termo *neurose*, de orientação claramente psicanalítica (Russo & Venâncio, 2006, p.465).

Em resumo, os organizadores do DSM III propunham criar uma linguagem universal, descritiva e a-teórica. Os conceitos utilizados para a formulação diagnóstica deveriam traduzir fielmente, e apenas, os dados brutos da observação clínica, de forma a garantir uma descrição segura e neutra. A psiquiatria, nesse momento, partia de uma lógica classificatória baseada em pressupostos empiristas e objetivistas de descrição dos fenômenos mentais. Tratava-se de “prescrever uma forma descritiva que, por pretender-se mais científica, acredita-se mais próxima da verdade” (Serpa Junior, 1998, p.239).

Teixeira (1995) faz algumas objeções a esse empiricismo radical no caso da psiquiatria: “justamente por sentir-se em débito em relação ao progresso técnico das demais disciplinas médicas, o psiquiatra sente a irresistível necessidade de mostrar-se mais empirista que os empiristas” (ibid., p.610). Em primeiro lugar, a complexidade do objeto da psiquiatria é um obstáculo para a tentativa objetivista, já que o comportamento e o psiquismo humano não são acessíveis à observação direta e distanciada exigida pelo empirismo. Em segundo, grande parte das definições do que são os sinais e sintomas relevantes na caracterização de um transtorno deve-se à linguagem psicopatológica, cuja construção “nunca foi ateórica nem apenas cuidou da descrição isolada de fatos brutos” (ibid, p.613), mas, ao contrário, sempre dependeu de autores engajados em concepções etiológicas diversas.

O que Russo e Henning (1999) argumentam é que o projeto a-teórico é, na realidade, sustentado por uma teoria organicista dos distúrbios mentais. As autoras apontam para a relação direta entre o objetivismo a que se pretende a classificação diagnóstica e a objetividade do substrato orgânico, que é potencialmente observável, quantificável, reproduzível. Ou seja, “o pressuposto empiricista implicado nessa posição atórica implicou, de fato, a adoção de uma visão fisicalista da perturbação mental” (Ibid., p.47). O abandono das relações causais e a adoção de um quadro exclusivamente sintomatológico reverberam em novas teorias sobre a etiologia biológica dos fenômenos psiquiátricos.

Portanto, a ruptura com a linguagem e com as teorias psicodinâmicas que embasavam as nomenclaturas e a organização do DSM-I e II, não significou a adoção da postura a-teórica como proclamavam seus organizadores, e sim a adoção de uma visão fisicalista dos fenômenos mentais. A adoção dessa linguagem objetivista e da organização nosológica em função dos sinais e sintomas, e a correspondente ruptura com a perspectiva psicodinâmica, teve consequências fundamentais na compreensão e tratamento das perturbações mentais. Segundo Henning (2000), “as transformações ocorridas na passagem do DSM-II para o DSM-III não abrangem apenas mudanças na nomenclatura, mas alteram o próprio conceito de doença.” (ibid., p.127)

A opção pelo termo “transtorno” em detrimento do grande grupamento das neuroses implica uma nova forma de compreender e lidar com a doença mental. A psicanálise está mais preocupada com a natureza e a fonte dos conflitos psíquicos do que com os comportamentos externalizados. A partir da revolução terminológica do DSM-III, o que será considerado patológico é um conjunto de comportamentos discerníveis, observáveis, mensuráveis, e é sobre esse conjunto de sintomas funcionais que deve incidir a intervenção terapêutica. Essa deriva transforma a maneira de compreender e lidar com o sofrimento psíquico:

“Transtornos antes passíveis de um tratamento diferenciado – psicológico – transformaram-se em distúrbios que, definidos em termos estritamente médicos, deveriam ser tratados como

qualquer outra doença, isto é, medicamento.” (Russo & Venancio, 2006, p.469).

Assim, os fenômenos ditos subjetivos podem ser, potencialmente, traduzidos em termos físico-químicos.

A adoção do termo “transtorno” teve também como consequência a multiplicação do número de categorias pela fragmentação das antigas entidades nosológicas. O DSM III marcou o início de um processo de delimitação rígida de fronteiras entre os diagnósticos que resultou numa especificação muito maior e em grande aumento do número das entidades diagnósticas. Como vimos, essa operação se deu através do abandono de termos como a neurose, que implicam uma concepção específica da etiologia da doença, em favor da adoção de um recorte localizado e sintomático do distúrbio. Observa-se, com esse movimento, a multiplicação de alternativas diagnósticas e a possibilidade de sua generalização:

“a dessubstancialização da doença mental implicada no uso do termo 'transtorno' [...] tem como corolário essa ampliação das possibilidades classificatórias da psiquiatria, e, portanto, da medicalização generalizada dos comportamentos.” (Russo & Henning, 1999, p.49).

O que era percebido até então como da ordem do psicológico, passa a ser medicalizável.

Uma das consequências desta opção é que qualquer comportamento que possa se inscrever no registro da perturbação, do distúrbio, da desordem, é passível de ser designado como transtorno. Ao aumentar o espectro de comportamentos que podem ser incluídos nos termos do transtorno, crescem, em paralelo, as demandas por tratamento. Como, além do mais, as disfunções mentais são reescritas em um vocabulário fiscalista, a consequência é um “aumento significativo dos quadros considerados possíveis de serem tratados através da administração farmacológica” (Henning, 2000, p.123).

Russo e Venâncio (2006) e Serpa Junior (1998) destacam, em outros termos, a relação entre o novo manual diagnóstico e o aumento das possibilidades de tratamento farmacológico. Aqui, o que é enfatizado é a relação entre a nosologia científica, que pretende aumentar a reprodutibilidade e a verificabilidade das suas classificações nosográficas, e a indústria farmacêutica: “o crescimento desmesurado do número de categorias diagnósticas do DSM III e versões posteriores parece manter uma relação estreita com a produção de novos medicamentos” (Russo & Venâncio, 2006, p.475). Os critérios claros, bem delimitados, quantificáveis, objetivos, que sustentam a psiquiatria biológica adequam-se à pesquisa experimental financiada pelos grandes laboratórios da indústria farmacêutica, já que a baixa confiabilidade dos critérios diagnósticos “comprometia as pesquisas com novos medicamentos” (ibid., 2006, p. 466). A nova classificação nosográfica, portanto, articula-se estreitamente com o tratamento farmacológico; seus critérios de classificação são coerentes com a necessidade de objetividade e conformidade na atribuição dos diagnósticos exigidos pelos testes de eficácia dos medicamentos. Por outro lado, a produção desses novos medicamentos parece consistir em um “importante critério de recorte nosográfico, ajudando a validar algumas novas categorias.” (Serpa Junior, 1993, p.98).

Caponi (2009) discute a relação entre diagnóstico e terapêutica medicamentosa no caso do diagnóstico de depressão. A autora nos mostra como a falta de um marcador biológico confiável – uma causa orgânica identificável -, que é característica das enfermidades mentais em geral, permite uma explicação circular em que é o efeito do antidepressivo que indica quais os possíveis neuroreceptores afetados e permite, assim, postular a causa orgânica da doença. Ela argumenta, no entanto, que afirmar que uma substância química tem efeitos sobre nossos comportamentos, como por exemplo o álcool, que nos torna menos inibidos, não nos autoriza a supor que é por algum déficit dessa substância no nosso sistema nervoso que somos inibidos. Ainda assim, a eficácia da terapêutica medicamentosa tem sido um dos principais argumentos de legitimação e de postulação do caráter orgânico de muitos transtornos presentes no DSM. É dessa

forma que medicamentos com ações diferenciadas permitem “criar novas classificações diagnósticas” (ibid., p.5).

Até agora procuramos mostrar, de acordo com a visão de diversos autores, como a proposta de uma linguagem empírica, neutra, descritiva e a-teórica participou do processo de hegemonização do vocabulário fiscalista e de expansão do tratamento psico-farmacológico. A segunda questão que nos concerne diz respeito à aparência de consenso que esse vocabulário veicula e à função de autoridade que assume.

De acordo com o pressuposto a-teórico que defendem, os autores do DSM explicitam as precauções tomadas para que sua composição não reflita qualquer tendência teórica pessoal:

“seleccionamos um Grupo de Trabalho cujos membros representassem uma grande variedade de perspectivas e experiências. Os membros do Grupo de Trabalho foram instruídos a participar como se pertencessem a um grupo de consenso acadêmico e não como advogados de suas opiniões prévias” (APA, 1994, p. XV).

O abandono das referências etiológicas em prol do consenso entre especialistas teve como objetivo criar um referencial diagnóstico único e, portanto, elevar ao máximo a adesão tanto dos pesquisadores quanto dos clínicos. A uniformização da linguagem psicopatológica em função da replicabilidade e confiabilidade dos diagnósticos era fundamental para a hegemonização desse instrumento diagnóstico.

Entretanto, o processo de estruturação do DSM-III baseou-se numa força tarefa composta por acadêmicos de viés marcadamente anti-freudiano. Esse grupo reuniu-se por quatro anos antes que um único psicanalista fosse convidado (Lane, 2007). Dupanloup (2004) denuncia a trapaça presente nessa postura a-ideológica, já que os membros do grupo de trabalho seriam “drasticamente selecionados em função de sua adesão ao princípio de uniformização teórico-prática” (ibid. p. 69). O DSM postula que psiquiatras de diferentes perspectivas participam de um debate sistemático e explícito.



Contudo, nesse processo, é a maneira pela qual são selecionados os que têm direito de intervir, que é obscurecida.

A globalização do DSM, possibilitada pela aparência de consenso que ele veicula, provocou críticas, inclusive entre aqueles que defenderam a necessidade de um manual diagnóstico confiável e que se baseasse em evidências empíricas. Andreasen (2006), que participou da Força Tarefa do DSM-III e do DSM-IV, afirma que a grande expansão do DSM-III acabou levando a consequências inesperadas, que transformaram a natureza e a prática do campo psiquiátrico. Ela aponta que, com a aceitação do DSM como autoridade final em psicopatologia e na prática diagnóstica,

“houve um declínio regular no ensino da avaliação clínica cuidadosa dirigida aos problemas individuais da pessoa e ao contexto social, que deveria ser enriquecido por um bom conhecimento geral de psicopatologia” (ibid., p.1).

A autora relata que o DSM é agora a base para o ensino em psiquiatria, enquanto os estudos clássicos em psicopatologia são normalmente ignorados.

Andreasen (2006) lista algumas causas, ligadas ao uso acrítico do manual, para o acontecimento que chama de “morte da fenomenologia nos Estados Unidos”: a utilização do DSM como fonte primária e principal para estudos conduz ao estreitamento do conhecimento e pesquisa de outros sintomas não listados no manual; os clínicos muitas vezes limitam sua avaliação na checagem da lista sintomatológica do DSM, ao invés de centrarem-se na história do paciente; a confiabilidade e a padronização dos transtornos nosológicos tornou-se a tal ponto a questão central do manual que a validade da entidade nosográfica foi sacrificada: “Os diagnósticos presentes no DSM proveram aos pesquisadores uma nomenclatura comum – mas, provavelmente, a nomenclatura errada” (ibid., p.4)

Para garantir a padronização das nomenclaturas diagnósticas, a definição e a compreensão do que seja o transtorno tendem a restringir-se aos comportamentos observáveis e mensuráveis. Essa simplificação descritiva exclui

qualquer questionamento sobre os fundamentos conceituais das definições diagnósticas. Os procedimentos de validação de um questionário são complexos – envolvem tradução e retradução, teste e reteste, confiabilidade, e métodos estatísticos como, por exemplo, análise fatorial – muitas vezes inacessíveis para clínicos leigos em estatística, o que impede todo questionamento sobre a validade dos critérios que utilizam.

Como vimos no exemplo do TDAH, os debates que sustentam as conclusões sobre a descrição dos transtornos no DSM são intensos. Essas conclusões, ainda que provisórias, após serem aceitas, acordadas e incluídas no DSM, tornam-se critérios objetivos e incontornáveis no processo diagnóstico. Garante-se a confiabilidade do instrumento no caso do uso sem distorções do DSM em amostras equivalentes. Porém, os clínicos que empregam esse instrumento muitas vezes têm muito pouco acesso à racionalidade que o embasa. Seu formato sintomatológico e pretensamente a-teórico e sua utilização massiva e acrítica silenciam as controvérsias e os debates e as correspondentes opções metodológicas, pressupostos científicos, os fundamentos políticos que os constituem. Após a definição e descrição sintomatológica ter sido considerada satisfatória, após a ‘caixa preta’ ter sido fechada, “o esforço de legitimação científica das entidades diagnósticas pela demonstração de sua confiabilidade se esgota progressivamente e a questão se torna secundária.” (Dupaloup, 2004, p.68)

As definições que aparecem no manual são tomadas como definitivas no ato do diagnóstico e não como referência provisória. Esse caráter provisório das entidades nosográficas, entretanto, é declarado e manifesto nas próprias revisões por que passou o DSM desde 1980. A nomenclatura, a descrição e a hierarquização sintomatológica variam e, quando o ponto de corte muda, mudam também os grupos que serão considerados portadores de um transtorno ou não. As constantes mudanças nas definições presentes no DSM, creditadas aos avanços científicos, são evocadas apenas para atestar o progresso do saber psiquiátrico e não para tornar possível uma comparação histórica.

Discutimos algumas características que fazem parte da organização das versões do DSM desde 1980 e que foram fundamentais para sua legitimação: seu caráter descritivo, sua organização em função dos sinais e sintomas, o aumento do número de transtorno, a volatilidade das nomenclaturas diagnósticas, entre outras. O objetivo agora será compreender como o TDAH se insere nessa lógica.

## **2.5. As diferentes descrições do transtorno nos DSMs: uma comparação diacrônica**

No DSM-II (Anexo 1), como vimos, duas síndromes com a sintomatologia semelhante eram postuladas: *Reação Hiperkinética da Infância*, que admitia a existência da síndrome como uma reação da personalidade a fatores psicológicos e sociais do desenvolvimento; e a *Disfunção Cerebral Mínima*, na qual supunha-se uma disfunção cerebral implícita como causa do problema. Tratava-se de uma descrição geral das características da desordem, que ocupava apenas dois parágrafos. Aí já era admitida a associação da hiperatividade com a “distração, pouca persistência da atenção” (APA, 1968, p.50). Afirmava-se que tais comportamentos normalmente diminuía na adolescência.

Ao longo da década de 1970, o foco central das pesquisas deslocou-se dos comportamentos hiperativos para a questão da desatenção e da impulsividade. No DSM-III, a reação hiperkinética foi renomeada para *Distúrbio do Déficit de Atenção* (DDA). Para Barkley (2006), as pesquisas empreendidas pelo grupo de trabalho de Virgínia Douglas contribuíram particularmente para esta mudança de orientação.

Segundo tais estudos, a falha na manutenção da atenção e a impulsividade seriam os pontos fundamentais na caracterização do transtorno. Os sintomas deste distúrbio derivariam fundamentalmente de quatro *déficits*: déficit de investimento, organização e manutenção da atenção e do esforço; incapacidade de inibição de respostas impulsivas; incapacidade de modulação

dos níveis de alerta para responder às exigências das situações; tendência exagerada para obtenção de recompensas imediatas.

Para Caliman (2006), esse deslocamento deveu-se à tentativa de tornar a síndrome mais consistente e empiricamente válida: “O objetivo era possibilitar a medida dos *déficits* atentos e cognitivos em um nível mais ‘profundo’ do que permitido pela observação comportamental” (ibid. 2006, p.101). Lima (2005) indica que colocar a atenção como o centro do transtorno permitiu distingui-lo melhor de outros transtornos em que a conduta hiperativa é também encontrada; além disso, fez com que o transtorno aumentasse sua abrangência, incluindo em seu escopo crianças desatentas sem hiperatividade, mas principalmente adultos, já que a desatenção seria um sintoma mais durável do que a hipercinesia; finalmente, provocou o estreitamento da associação do transtorno com a administração de psicofármacos, mais especificamente a Ritalina: “Com um público-alvo ampliado, cresce o interesse da indústria farmacêutica neste diagnóstico” (ibid., p.68).

No próprio manual, a explicação dada para a renomeação da desordem como *Distúrbio do Déficit de Atenção* é a de que “as dificuldades atencionais são proeminentes e sempre virtualmente presentes entre crianças com estes diagnósticos. Além disso, embora a atividade motora excessiva frequentemente diminua com a adolescência, nas crianças que possuem esta desordem, dificuldades com a atenção frequentemente persistem” (APA, 1980, p.41). Segundo essa declaração, vemos que a dificuldade atencional define o transtorno, na medida em que é considerada essencial: está sempre virtualmente presente e não desaparece, não se trata de um acidente, ou de um fator secundário na definição do problema.

Para caracterização do DDA no DSM-III (Anexo 1) três dimensões comportamentais são definidas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Dois subtipos são criados: DDA sem hiperatividade, no qual os sintomas são de desatenção e impulsividade; e DDA com hiperatividade, que consiste nas três dimensões sintomatológicas. Para a dimensão da desatenção há uma listagem de

cinco itens, além de seis itens para os sintomas de impulsividade e cinco para os sintomas de hiperatividade, sendo que para cada domínio, para que a criança seja considerada DDA com hiperatividade, ao menos três sintomas devem estar presentes. No caso do subtipo DDA sem hiperatividade, o mesmo critério permanece, mas com a exclusão do último domínio sintomatológico. Há ainda um terceiro tipo, pouco especificado, chamado DDA tipo residual, aplicado ao indivíduo que não apresenta mais sinais de hiperatividade, contanto que esta já tivesse estado presente no passado.

Em 1987, a APA revisou o DSM III e elaborou o DSM-III-R (Anexo 1). As três dimensões centrais de desatenção, hiperatividade e impulsividade foram reagrupadas em um transtorno unidimensional: Desordem do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ADHD). Este passou a incluir todos os comportamentos listados no DSM III, com exceção de dois. Trata-se, portanto, de uma lista com catorze sintomas, dos quais ao menos oito devem estar presentes. Os dois subtipos (com ou sem hiperatividade) desaparecem, e no lugar é incluída uma condição chamada DDA não diferenciada, no qual os sintomas de hiperatividade e impulsividade não estão presentes, mas que não teve para si qualquer critério específico definido. Aqui, parece que a desatenção perde lugar, com relação ao DSM-III, na hierarquização dos sintomas definidores do transtorno.

No DSM IV (Anexo 1), última versão publicada, são criados três subtipos de TDAH, identificáveis a partir de duas dimensões. A primeira dimensão é caracterizada por uma lista de nove sintomas relativos à desatenção dos quais seis devem estar presentes de forma excessiva com relação a média da população na mesma faixa de desenvolvimento. A segunda dimensão consiste em seis sintomas de hiperatividade e três de impulsividade. Aí, seis sintomas devem estar presentes no total de nove (ou hiperatividade ou impulsividade). Os subtipos são: predominantemente desatento (encontra comportamentos enquadrados na primeira dimensão somente); predominantemente hiperativo (insere-se na segunda dimensão) ou o tipo combinado, que indica a presença do mínimo de sintomas de ambas as dimensões.

Nessa nova classificação, podemos notar que o número de itens da lista de sintomas aumentou. Outra mudança patente foi a realocação dos subtipos da desordem. Se no DSM-III-R não era necessária a presença de qualquer grupo sintomatológico específico para que se postulasse o diagnóstico, permitindo maior heterogeneidade no transtorno, o DSM-IV opera uma reorganização que permite: a existência de um tipo desatento, sem qualquer sinal de hiperatividade/impulsividade, e de um tipo hiperativo/impulsivo, ainda que não apresente sintomas de desatenção. Essa subdivisão, aparentemente, leva a uma maior flexibilidade e abrangência do diagnóstico, permitindo incluir aqueles que não apresentam sintomas de agitação motora ou de impulsividade de forma tão marcante, caracteristicamente os indivíduos do sexo feminino e de idade adulta. Um estudo realizado com três amostras de crianças concluiu que: “o novo critério para o DSM IV provavelmente aumentará a taxa de prevalência do TDAH com relação ao DSM-III-R por causa da criação de dois novos subtipos” (Wolraich & Baumgaertel, 2003 , p.184).

Na CID 10, última classificação publicada pela OMS, contemporânea ao DSM IV, os autores recusam uma síndrome específica do déficit de atenção. Entre seus argumentos, encontramos a afirmação de que tal designação implicaria um conhecimento dos processos psicológicos em causa e poderia incluir crianças sujeitas às preocupações ansiosas ou as crianças apáticas, dificultando a correta diferenciação nosológica. A CID 9, publicada em 1978, classifica a síndrome hipercinética da infância e a CID 10, de 1992, mantém a ênfase na hiperatividade com o transtorno hipercinético. Enquanto a CID 10 exige a presença simultânea dos sintomas de desatenção e hiperatividade, o DSM defende justamente a possibilidade de diagnósticos diferentes.

Apesar de, em certo sentido, o DSM IV retomar a organização em subtipos e a valorização da desatenção, ambas presentes no DSM III, pode-se estabelecer algumas diferenças entre o TDAH tipo predominantemente desatento, que encontramos no DSM IV, e o subtipo DDA sem hiperatividade, descrito no DSM-III. A primeira diferença marcante é o isolamento das

características da desatenção no DSM IV, ao contrário do DSM-III, já que aí era necessário também um número mínimo de sintomas de impulsividade para o diagnóstico de DDA sem hiperatividade.

Os itens para desatenção no DSM IV incluem: cinco itens equivalentes aos que estavam presentes no DSM III; um que era, no DSM-III, atribuído ao grupo sintomatológico da impulsividade (com frequência tem dificuldades para organizar tarefas e atividades) e três itens novos: frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho, ou outras; frequentemente perde coisas necessárias para tarefas e atividades (p.ex. Brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros, ou outros materiais); com frequência apresenta esquecimentos em atividades diárias. Aqui, vemos que dois dos itens incluídos fazem referência direta a problemas com as tarefas escolares. Além disso, se analisamos os itens que foram retomados do DSM III, vemos que pequenas mudanças tendem a incluir, na falha descrita, referências a atividades escolares ou tarefas. Por exemplo: o item presente no DSM III: “com frequência falha em terminar o que começou”, transforma-se em: “com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou tarefas profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)” (APA, 1984, p.83, 84).

Essa comparação nos permite levantar a hipótese de que um tipo específico, diferente dos anteriores está sendo aí legitimado. Trata-se do desatento, sem problemas de comportamento evidentes, possivelmente sem qualquer sinal de hiperatividade ou impulsividade, e cujos sintomas de desatenção estão cada vez mais intimamente ligados a possíveis problemas acadêmicos.

Essa associação com problemas acadêmicos torna esse subtipo especialmente relevante para a nossa pesquisa. Ainda que os comportamentos de impulsividade e hiperatividade sejam problemáticos na escola, são potencialmente perturbadores em outros ambientes. No caso da desatenção, parece que os comportamentos *anormais* descritos no DSM IV (no caso das

crianças) aparecem atrelados às falhas nas atividades escolares. Como se trata de comportamentos não externalizados e, portanto, não tão visíveis, um dos fatores que permite caracteriza-los como patológicos é a não realização plena das exigências escolares, que se relacionam, potencialmente, ao fracasso na escola.

O mesmo estudo que compara a prevalência a partir dos diferentes critérios diagnósticos analisou os principais problemas relacionados aos diferentes sub-tipos de TDAH. Seus resultados apontaram também para essa relação indissociável entre o tipo predominantemente desatento e os problemas acadêmicos:

“os comportamentos que definem a desatenção no DSM IV associam-se largamente às atividades acadêmicas. Os resultados mostram que a performance acadêmica insuficiente era o problema mais comum entre as crianças que se enquadravam no critério da desatenção” (Wolraich; Baumgaertel, 2003, p. 182).

O estudo mostra ainda que problemas de comportamento não são significativamente associados com esse subtipo, e que são baixas as suas taxas de co-morbidade com transtorno de conduta e transtorno desafiador-opositor (que são muito frequentemente associados ao TDAH, e cuja presença costuma indicar um prognóstico pior para a doença).

A diferença clínica entre os subtipos que apresentam a hiperatividade e o TDAH predominantemente desatento é tão grande, que há diversos questionamentos sobre se, de fato, constituiriam uma mesma síndrome. Um dos argumentos mais comuns para mantê-los sob a mesma sigla, e que Dupanloup (2004) analisa a partir do próprio Sourcebook do DSM IV, é a eficácia de um tratamento comum. A resposta favorável ao medicamento estimulante parece elemento crucial na definição do transtorno com o qual estamos trabalhando.



## 2.6. Referências históricas

O discurso psiquiátrico hegemônico, apoiado no TDAH, utiliza o recurso à história como ferramenta de legitimação do transtorno. Podemos tomar como exemplo um manual ilustrado oferecido gratuitamente pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção, apresentado na forma de 36 perguntas e respostas. A primeira pergunta que encontramos neste manual é justamente: “Esse é um transtorno novo, descrito recentemente pela Medicina?”(ABDA, S.D. p.4). Não há dúvida de que essa pergunta pretende representar uma indagação comum da população sobre o possível caráter passageiro desse transtorno. Assim como o *Consenso Internacional*, o objetivo é o de se contrapor ao clima de desconfiança com relação à realidade (médica, biológica) do TDAH. A pergunta é colocada para que se possa responder que:

“A primeira descrição oficial do que hoje chamamos TDAH data de 1902, quando um pediatra inglês, George Still, apresentou casos clínicos de crianças com hiperatividade e outras alterações de comportamento, que na sua opinião não podiam ser explicados por falhas educacionais ou ambientais, mas que deveriam ser provocadas por algum transtorno cerebral na época desconhecido”(ibid., p.4).

Essa resposta encerra uma série de afirmações caras ao discurso biomédico: o transtorno não é apenas uma moda ou a medicalização dos problemas causados pelo estilo de vida contemporâneo e, principalmente, seu caráter cerebral já era presumido no passado.

Igualmente, encontramos nos artigos científicos e manuais sobre o TDAH pesquisados uma descrição fortemente consensual acerca dos momentos históricos que marcam o ‘progresso’ da designação médica e da biologização dos comportamentos que definem, atualmente, esse transtorno. Dupanloup (2004) coloca que esse recenseamento histórico, que acompanharemos a seguir, é parcial, na medida em que

“sendo heterogêneos os quadros teóricos que serviram às classificações, é fácil encontrar na perspectivação diacrônica tanto elementos que provam a permanência dos quadros

diagnósticos quanto dados reveladores de mudanças profundas que afetaram as categorias psiquiátricas” (ibid., p.55).

Essa descrição histórica destaca apropriações médicas organicistas de comportamentos próximos aos que são considerados atualmente sintomas do TDAH. Para nós, o valor dessas referências históricas não está em compreender a evolução do percurso biomédico em direção à definição atual dessa entidade nosológica. Estamos interessados na construção do discurso da psiquiatria biológica sobre o TDAH. Se esse discurso inclui, entre seus argumentos, a existência de algumas patologias que se caracterizam por comportamentos desadaptados e formas de manejá-las do ponto de vista médico-psiquiátrico, consideramos que a escolha dessa referência e aquilo que nelas será realçado participa da constituição desse diagnóstico.

Russel Barkley é professor titular no Departamento de Psiquiatria na SUNY Upstate Medical University in Syracuse, Nova York, e especialista em TDAH há mais de trinta anos. Ele é autor, co-autor ou co-editor de 20 livros e manuais clínicos, além de ter publicado mais de 200 artigos científicos e capítulos de livro ligados à natureza, avaliação e tratamento de TDAH e transtornos relacionados (Barkley, 2008). Esse autor é particularmente engajado na descrição do que considera os fundamentos para a atual forma de conceitualizar o TDAH. Barkley (2006) afirma a importância de que essa história seja conhecida por

“qualquer estudante sério do TDAH, porque mostra que muitos dos temas contemporâneos acerca da sua natureza surgiram há muito tempo e foram recorrentes ao longo do século XX, enquanto os cientistas clínicos lutavam por uma compreensão mais clara e mais precisa da essência verdadeira desta condição” (ibid., p.3).

Essa postura nos mostra claramente o recurso à história como ferramenta de legitimação do transtorno e sua importância para o discurso biomédico do TDAH. O autor busca, nos precursores do TDAH, investigar a emergência das noções atuais sobre a etiologia do transtorno – que, em

consonância com seu modelo teórico, está ligada principalmente a falhas na inibição e na auto-regulação do comportamento – e de seu tratamento.<sup>13</sup>

Nesta historiografia, as primeiras descrições científicas relativas a crianças agressivas, com problemas de controle dos impulsos, desafiantes e indisciplinadas são atribuídas a George Still, em uma série de três conferências para o *Royal College of Physicians*, proferidas em 1902, e intituladas: *Algumas condições psíquicas anormais em crianças*. Para o pediatra, essas crianças possuiriam uma “deficiência do controle moral” e baixos níveis de “inibição volitiva” e, como problemas associados, apresentariam desonestidade, crueldade, desobediência sistemática e problemas de aprendizagem escolar.

Barkley (2006) chama atenção para o que as descrições de Still teriam em comum com a abordagem psiquiátrica atual do TDAH. O autor enfatiza a concordância etiológica – já que Still supunha predisposição biológica, provavelmente hereditária, para um problema na inibição da vontade – e sintomatológica. Segundo o autor, Still pensava que haveria uma mesma causa – uma deficiência neurológica básica – para um déficit na inibição da vontade, no controle moral, e na atenção sustentada. Especulou sobre a possibilidade de que essas crianças portariam um limiar reduzido de inibição de resposta a estímulos ou uma síndrome de desconexão cortical, onde o intelecto teria se dissociado da “vontade” a tal ponto que isso poderia ser atribuído a uma modificação neuronal. Nesse sentido, a chave do problema estaria na necessidade de satisfação imediata, o que corresponderia a uma insensibilidade à punição. Still também teria notado uma proporção maior de crianças do sexo masculino (3:1) e supunha que o transtorno apareceria, em geral, antes dos oito anos de idade. Além disso, via nessas crianças uma ameaça às outras crianças, e também maior propensão à criminalidade. (Barkley, 2006)

---

13 Pretendemos nos balizar pelas referências históricas estabelecidas por Barkley (2006), pela importância do autor para o campo, por seu compromisso com a divulgação da história do TDAH e por não termos encontrado divergências marcantes em outros autores com relação a sua descrição sistemática do que chamaremos história oficial ou hegemônica do TDAH.

Para além desses e de outras similaridades enfatizadas por Barkley, Caliman (2006) e Rafalovich (2002) procuram destacar, a partir da análise das conferências de Still, o caráter tendencioso da aproximação entre as duas patologias e da leitura neurobiológica de Barkley. Por exemplo, na lista de sintomas apresentada por Still (fúria emotiva; crueldade e malícia; inveja; ausência de lei; desonestidade; promiscuidade e destrutividade; ausência de modéstia e vergonha; imoralidade sexual; vício) não figurava nem a hiperatividade nem a desatenção. Com relação à etiologia do transtorno, Caliman coloca que o médico inglês era extremamente cauteloso e vago em suas afirmações sobre as causas da doença. Para Rafalovich, as pesquisas de Still sobre a criança imoral são apresentadas por Barkley de forma mais meticulosa do que o que indica a leitura de seu texto. Se Still, de fato, afirmava que tais comportamentos deviam-se a interferências no funcionamento cerebral, admitia que, com base nos conhecimentos de então, nada mais poderia ser afirmado.

Caliman (2006) e Rafalovich (2002) analisam também as questões morais e culturais da virada do século XX que norteavam a pesquisa de Still. A patologia era postulada para aqueles que desobedeciam às regras da decência e da moralidade. O déficit no controle moral era explicitado por atitudes que se contrapunham ao bem comum. Essas atitudes, que se supunha naturais, deveriam ser inibidas pelo controle normal da vontade, também de origem orgânica. Nesse sentido, Caliman (2006) coloca que essa operação ajudava a “legitimar os valores morais da época ao inscreve-los no corpo” (ibid., p.134). A existência de uma função reguladora e inibitória natural era, segundo a autora, uma necessidade social deste momento da história. Rafalovich (2002) situa a emergência do processo de patologização da moral nos discursos da imbecilidade e da imoralidade infantil. A imoralidade circunscrevia deficiências mentais menos graves que a imbecilidade e era normalmente associada à criminalidade. Para o autor, estes discursos participavam do contexto que sustentava a opinião de Still.

O objetivo dessa descrição sumária é apenas apontar para a possibilidade de outras perspectivas relativas à historiografia do TDAH, diversas da apresentada pelos defensores da abordagem neurobiológica do transtorno. Caliman (2006), por exemplo, ao retomar as referências do que chama de versão histórica oficial do TDAH, pretende mostrar o que as patologias reunidas nessa história do diagnóstico têm em comum. Se Barkley procura similaridades etiológicas, sintomatológicas e epidemiológicas, para a autora, o que une essas patologias é o fato de, cada uma em seu contexto, terem representado diagnósticos psiquiátricos problemáticos, situados nas fronteiras entre o normal e o patológico, que ao mesmo tempo desafiaram o saber psiquiátrico e ajudaram a legitimá-lo. A autora diz que o melhor exemplo é a Síndrome da Encefalite Letárgica, citada como uma das mais importantes patologias precursoras do TDAH.

A epidemia de Encefalite, que ocorreu durante os anos de 1918-1919, nos Estados Unidos, deixou um grande número de crianças com problemas cognitivos e comportamentais posteriores. Essa epidemia teve grande repercussão e impulsionou uma vasta produção neuro-científica na época. Segundo Caliman (2006), a patologia veiculou a possibilidade de “vinculação do saber neurológico ao campo da saúde pública e à pesquisa laboratorial” (ibid., p.145) para uma neurologia cuja prática ainda era pouco reconhecida no cenário científico nacional e internacional.

As descrições dessas crianças apontavam problemas na atenção, na regulação da atividade e impulsividade, além de deficiências cognitivas, dificuldades de relacionamento interpessoal, comportamentos de desafio e oposição e problemas de conduta e delinquência. Reunia, portanto, muitas características que são relacionadas, atualmente, ao TDAH. Porém, o que torna essa síndrome de particular interesse para as descrições da história do TDAH, é que ela era “claramente o resultado de uma lesão cerebral” (Barkley, 2006, p5). Ela permitia associar uma doença cerebral às patologias do comportamento.

Se, em Barkley (2006), a intenção parece ser a constatação da semelhança entre os sintomas da encefalite e do TDAH, com o objetivo de reafirmar a organicidade do segundo por analogia ao primeiro, Caliman (2006) chama atenção para outras similaridades entre a Síndrome da Encefalite Letárgica e o transtorno do TDAH. Além do fato de que ambas ajudaram a fortalecer a interpretação neurofisiológica dos transtornos mentais, tratar-se-iam de patologias indefinidas e controversas; heterogêneas, reunindo sob sua sigla uma grande variedade e diversidade de sintomas; e que foram objeto de atenção da população, de medidas de saúde pública e de investimento político e financeiro.

O projeto de estabelecer um saber neurológico consistente com relação à Síndrome da Encefalite fracassou. Seu quadro sintomatológico variou enormemente devido a controvérsias nas investigações clínicas e epidemiológicas, as possibilidades de tratamento não se mostraram eficazes, e ela terminou por “ser descrita como uma síndrome de origem indeterminada” (ibid., 145). Ainda assim, a epidemia permanece importante para o campo da neurofisiologia já que, ao relacionar afecções cerebrais a distúrbios do comportamento, abriu um novo campo de investigações sobre outras causas potenciais de danos cerebrais em crianças e suas manifestações cerebrais (Barkley, 2006).

Segundo Lima (2005), a pandemia de encefalite teria ajudado a legitimar, de forma ampliada, a suposição sobre as causas biológicas para os comportamentos desviantes, criando condições para que crianças com sintomas semelhantes aos das vítimas da encefalite passassem “a ser consideradas portadoras de um dano na estrutura cerebral que era apenas presumido” (ibid., p.62). Seguindo a cronologia proposta por Barkley (2006), foi nesse contexto de impulso para pesquisas científicas sobre os comportamentos infantis de desadaptação social que, durante a década de 1930, outras nomenclaturas foram designadas para crianças com distúrbios de comportamento, como: “organic driveness” ou “restlessness syndrome”. O autor admite, entretanto, que esses

diagnósticos indicavam quadros mórbidos muito mais graves, em geral associados ao retardo mental, do que aqueles apresentados pelos portadores do TDAH.

Na década de 1940, o termo “lesão cerebral infantil” foi designado para crianças que apresentavam comportamentos com as características do TDAH sem que fosse possível determinar qualquer patologia cerebral, com o argumento de que um distúrbio psicológico já era indicativo da presença de uma lesão cerebral como causa. Devido às críticas da falta de evidências que comprovassem a lesão cerebral, foram postulados, nos anos de 1950 e 1960 os termos: Lesão Cerebral Mínima e, posteriormente, Disfunção Cerebral Mínima, para essas crianças cujo problema orgânico não era identificado.

Para Dupanloup (2004), além de orientar-se pelas explicações neurofisiológicas, a história retomada pelo discurso atual sobre a hiperatividade funciona como instrumento de justificativa do tratamento medicamentoso. A utilização e a verificação de sua eficácia para comportamentos disruptivos tem, na literatura da psiquiatria biológica, a sua história e seu marco inaugural. A primeira pesquisa com a ministração de medicamentos estimulantes para crianças é atribuída a Charles Bradley, e foi publicada no *American Journal of Psychiatry*, em 1937. A autora nos adverte, entretanto, que se essas experiências clínicas demonstram a antiguidade da administração de anfetaminas para crianças, a comparação com a terapia medicamentosa atual para o TDAH comportaria certos anacronismos: “Por um lado, a síndrome da hiperatividade teria sido descrita essencialmente como um sintoma de patologias mais globais e mais severas. Por outro, a experiência de Bradley não teve continuidade”, manteve-se restrita àquelas crianças institucionalizadas.

Bradley foi psiquiatra e diretor do *Emma Pendleton Bradley Home*, uma instituição que abrigava crianças com diferentes patologias, tais como a síndrome da encefalite letárgica, epilepsia, transtornos neurológicos e emocionais, mas que não possuíam qualquer déficit intelectual. O psiquiatra administrou medicação estimulante para essas crianças disruptivas e constatou

melhoras em seu comportamento e na performance escolar. Seus resultados demonstraram que o uso da benzedrina (uma anfetamina) teve efeitos positivos no comportamento dessas crianças, como a motivação incomum para trabalhar, melhora na leitura, e compreensão de aritmética, além de terem se tornado mais tranquilas (Singh, 2006).

Para Rafalovich (2002), o estudo de Bradley participa do processo histórico que define as formas atuais de nomear um transtorno. Segundo o autor, foram os estudos como os de Bradley que iniciaram o atual discurso neurológico sobre o TDAH, nos quais é a reação ao medicamento que informa sobre a natureza da doença. As pesquisas sobre a natureza do TDAH estão fortemente vinculadas à pesquisa farmacológica (Dupanloup, 2004; Russo & Venâncio, 2006; Serpa Junior, 1998; Rafalovich, 2002). As hipóteses organicistas para os distúrbios de comportamento encontram apoio na eficácia de uma substância psicoativa e o próprio processo de organização do diagnóstico – a reunião em uma mesma síndrome de sintomas tão heterogêneos quanto a desatenção e a hiperatividade – é sustentada pela resposta positiva a uma mesma substância.

Embora Bradley seja descrito como o marco do princípio da “terapia medicamentosa (particularmente estimulantes) para crianças com comportamentos disruptivos em particular e também da psicofarmacologia infantil em geral” (Barkley, 2006, p.7), alguns autores mostram que essa experiência estava ancorada em princípios variados de compreensão e tratamento do comportamento infantil. Ainda que esse psiquiatra seja normalmente associado ao pensamento biomédico, suas explicações para o comportamento desviante dessas crianças eram também psicodinâmicas, e compreendiam a noção de conflito pessoal como causa para sua incapacidade no controle as emoções (Caliman, 2006). Singh (2006) descreve que a organização institucional, na qual essas crianças estavam inseridas, combinava princípios psicanalíticos, behavioristas e da higiene mental “ênfatizando um ambiente natural, saudável e encorajador como essencial para o bem-estar mental da criança” (ibid., p.441). Não parecia incompatível, naquele momento, a mistura



de abordagens psicológicas, educacionais, psiquiátricas e medicamentosas no tratamento dessas crianças.

Retomamos algumas das patologias mais citadas como precursoras do atual Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Procuramos compreender como cada uma dessas descrições integra o discurso oficial da psiquiatria biológica e ajuda a compor, portanto, o que se compreende atualmente por TDAH. Nesse sentido, consideramos simplista afirmar apenas que a historiografia do TDAH parte de referências arbitrárias, escolhidas com o único intuito de se legitimar e se proclamar uma abordagem melhor ou mais consistente que outras. Pelo contrário, valorizamos essa historiografia como produtora de sentidos. Procuramos dar ênfase também a outras perspectivas, que são críticas à história oficial do TDAH, mas que partem dos mesmos marcos para desenvolver suas análises. O objetivo, mais uma vez, não é apenas denunciar algumas falácias e reducionismos da história oficial, mas torná-la mais complexa, ao incluir outros sentidos e outras possibilidades de compreensão para os mesmos acontecimentos.

A psiquiatria biológica, ao recorrer à história, ocupa-se com patologias que, no passado, pretenderam dar conta de comportamentos similares aos sintomas do TDAH. Retomar essa história de forma crítica nos permite, além de delinear o discurso com o qual dialogamos, uma outra perspectiva sobre a propagação atual desse diagnóstico. Ainda que a apropriação médica dos comportamentos instáveis e as suposições etiológicas organicistas não sejam novas, o que impressiona é a expansão deste diagnóstico e, conseqüentemente, a inclusão, atualmente, de uma maioria de crianças menos gravemente afetadas do que aquelas que figuraram nas experiências aqui relatadas.

No primeiro capítulo, analisamos de forma crítica o discurso oficial do TDAH orientando nosso olhar para as derivações que ele opera nas fronteiras entre o normal e o patológico. Este direcionamento permitiu o mapeamento de alguns aspectos da constituição deste diagnóstico no meio científico e de sua expansão na atualidade.

A seguir, considerando a constituição do transtorno e o cenário que descrevemos, analisamos como, no caso brasileiro, se dá o debate em torno da legitimação do diagnóstico: como o discurso estritamente neuro-psiquiátrico articula-se a outras perspectivas teóricas e como se insere no campo da educação. A investigação dos discursos múltiplos acerca dos comportamentos de desadaptação escolar objetiva interrogar sobre a construção desta faceta do TDAH, que se dá a partir do debate científico e do empenho de um modelo em tornar-se hegemônico.

### 3. O debate no Brasil

#### 3.1. Abordagem teórica

No presente capítulo, investigamos como se organizam os artigos científicos brasileiros pertencentes a diferentes áreas de saber que têm como tema o comportamento de desadaptação do escolar, além da produção do *site* brasileiro da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) que divulga informações sobre o TDAH para o público leigo.

Voltamo-nos, portanto, para o discurso biomédico no Brasil: como se organiza, como enuncia suas verdades, como dialoga com outros campos de saber – considerando suas divergências e seus pontos de apoio – e como, neste processo, ele circula e se legitima. Legitimar um transtorno significa torná-lo consenso no meio científico e na sociedade como um todo. A análise empreendida por Fleck sobre a construção do *fato científico* (1986) e a investigação, proposta por Latour, acerca do momento em que as *caixas pretas* na ciência ainda não foram fechadas (2000), nos servem como principais ferramentas teóricas para a análise que ora empreendemos.

Partindo de Fleck, quando este propõe que a postulação de um fato científico depende tanto da circulação entre pares como da popularização desse conhecimento, analisamos: como o TDAH circula no meio científico; e a partir de que argumentos e ferramentas esse conhecimento em construção é divulgado e busca aliados, fundamentais para seu processo de consolidação.

Em sua análise acerca do *estilo de pensamento*<sup>14</sup> científico moderno, Fleck (1986) empreende uma discussão que nos interessa, e que diz respeito à circulação do conhecimento e à produção de sentido, de força, de coesão, de uma determinada forma de pensar que se dá nessa circulação. Para refletirmos sobre a produção do fato TDAH na educação, priorizamos exatamente a

14 As ideias compartilhadas por um coletivo.

circulação de concepções que concernem à criança e seus comportamentos desadaptados.

Ao nos interrogarmos sobre a legitimação do TDAH, temos em mente o princípio metodológico proposto por Latour (2000), de que “a construção de [...] fatos é um processo *coletivo*” (p.53). A nossa análise leva, portanto, em conta tanto a necessidade de circulação e legitimação de concepções e conceitos entre as publicações científicas quanto a dependência que o saber especializado tem com relação a sua popularização, ou seja, a sua necessidade de legitimação social.

Nas palavras de Fleck (1986), o estilo de pensamento determina aquilo que pode ser pensado, define-se como “a disposição para o perceber orientado e como a elaboração correspondente do percebido” (ibid., p. 191). Analisamos os modos de postular questões, respondê-las, de proceder, de perceber certos fenômenos e de situar-se em função de concepções diversas, do discurso psiquiátrico que postula o TDAH. Esta análise permite uma reflexão sobre a constituição de um estilo de pensamento ou, dito de outra forma, sobre a questão mais ampla das formas de conceber o sujeito na sociedade contemporânea que orientam nossas percepções, nossas crenças, o nosso conhecimento, nossos valores, nossa relação com a verdade e o progresso, nossa categorização dos sujeitos e dos comportamentos, entre outros.

Quando analisamos a produção científica sobre comportamentos de desadaptação infantil, estamos lidando com o que Fleck (1986) chama *ciência de revista*. O autor divide a ciência especializada em ciência de revista, cujos resultados são considerados provisórios e levam a marca pessoal do cientista, e a *ciência de manual*, que supõe um sistema fechado em que o saber se encontra estabelecido, ordenado, e já é aceito e compartilhado pela comunidade científica. Os trabalhos de revista são muitas vezes contraditórios entre si e, portanto, não aditivos. É através da circulação intracoletiva dos conhecimentos gerados pela ciência de revista, da discussão entre especialistas, de seus

entendimentos e mal-entendidos, que o manual surge “como um mosaico” a partir das contribuições individuais dos especialistas (ibid., p.167).

A análise desse material que compõe a *ciência de revista* sobre o escolar desadaptado no Brasil tem como objetivo uma revisão crítica das pesquisas locais empreendidas sobre o tema. Essa revisão nos possibilita um panorama sobre como diferentes disciplinas abordam a questão do escolar desadaptado no Brasil. A análise das fontes selecionadas levou em consideração: as contradições ou as convergências das diferentes pesquisas realizadas (quais as formas de compreensão do objeto e de propostas de intervenção, se são incompatíveis entre si); qual o campo de saber científico no qual almejam se inserir (quais as suas referências teóricas, implícitas ou explícitas), e como esse *saber esotérico*<sup>15</sup> circula, se encontra reforço, ou ao contrário, se é contrariado em publicações similares.

A análise da *ciência de manual* supõe que haja um saber acumulado e legitimado na comunidade científica. No manual científico encontram-se os conceitos que “se converterão em dominantes e serão obrigatórios para todo especialista” (Fleck, 1986, p.171). É importante levar em consideração, entretanto, a especificidade do objeto e do material com que estamos trabalhando. Lidamos justamente com um transtorno em processo de produção e não com um fato acabado, indubitável, “frio”, para utilizar a expressão de Latour (2000). Nossas fontes, os artigos, por outro lado, são provenientes de disciplinas diversas. Portanto, não contamos com um terreno comum, já legítimo e obrigatório, que sirva de manual para essas produções científicas. Ainda assim, o saber estabelecido com o qual queremos investigar como dialogam nossas fontes, é aquele da psiquiatria biológica. As edições do DSM posteriores a 1980 e alguns de seus comentadores, aos quais dedicamos nosso primeiro capítulo dada sua importância para nossa discussão, constituem este corpo teórico que se aproxima da proposta de Fleck sobre a *Ciência de Manual*, ou saber hegemônico.

---

15 Saber circunscrito ao campo científico especializado. (Fleck, 1986)

Como vimos, o TDAH é um conceito nosológico controverso, construído a partir de uma lógica específica, a da psiquiatria biológica. Frequentemente, os autores, preocupados em defender o estatuto de entidade nosológica real do TDAH, em outras palavras, seu estatuto de fato científico, afirmam que ele é um dos transtornos mentais infantis mais bem estudados (Vasconcelos *et al.*, 2005) na literatura atualmente. Latour (2000) nos mostra que, ao contrário, é exatamente porque uma sentença está longe de se tornar consenso, que ela é objeto do interesse e da proliferação da literatura técnica. Entrar em contato com os textos científicos “não significa deixar a retórica e entrar no reino mais tranquilo da razão pura. Significa que a retórica se aqueceu tanto ou ainda está tão ativa que é preciso buscar muito mais reforços” (*ibid.*, p.54).

Propusemo-nos a seguir a sugestão de Latour (2000) e entrar no meio da controvérsia expressa no “mais importante e menos estudado dos veículos retóricos: o artigo científico” (*ibid.*, p.55). A disputa acirrada pela construção do *fato* TDAH também pode ser estudada a partir do esforço de divulgação por parte dos seus defensores para a população. Fleck (1986) enfatiza o caráter social do estabelecimento de um fato e a dependência que os especialistas têm com relação à opinião pública. Assim, ao nos depararmos com os recursos de convencimento acerca da realidade e cientificidade deste transtorno, podemos ter a dimensão do campo de batalha que se estabelece em torno da estabilização desse conceito.

Com relação ao campo científico, mapeamos como os diferentes grupos de disciplinas abordam a questão do escolar desadaptado, os pontos comuns, os desacordos, o diálogo que esses artigos estabelecem ou deixam de estabelecer uns com os outros. Posteriormente, concentramos a nossa atenção em como a ABDA se propõe a disseminar esse conhecimento.

### 3.2. A ciência de revista

A investigação do material que compõe a *ciência de revista* sobre a criança com comportamentos que caracterizam desadaptação escolar no Brasil nos permite uma revisão crítica das pesquisas locais empreendidas sobre o tema para traçar um panorama sobre se, e como, diferentes disciplinas abordam a questão do escolar desadaptado no país.

Os artigos por nós coletados pertencem, considerando a formação de seus autores e o periódico no qual o artigo foi publicado, aos campos de saber: 'Medicina'; 'Psicologia'; 'Educação'. Como opção metodológica para análise, nós os organizamos em dois grupos: publicações médicas e publicações não-médicas.

Desse modo, quisemos dar a ver como esses estudos e pontos de vista se organizam e disputam espaço, quais as diferenças na forma como estruturam seus postulados, quais os principais aliados a que recorrem, contra quem se posicionam, considerando comparações tanto dentro dos grupos, quanto intergrupais, sem perder de vista a posição de centralidade da lógica da psiquiatria biológica e do processo de legitimação do TDAH para a questão que nos concerne.

Para esta análise, buscamos, em primeiro lugar, a produção brasileira referente ao tema indexada ao banco de dados *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*), biblioteca virtual, cujo objetivo expresso é dar visibilidade e facilitar o acesso à produção científica do Brasil, América Latina e Caribe (Scielo, 2008).

O *Scielo* possui uma estrutura padronizada para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica e conta com critérios rigorosos para indexação dos periódicos. Por não ter restrições de acesso e permitir a obtenção gratuita do texto completo dos artigos é um instrumento potente de circulação da produção científica brasileira. De acordo com Crespo *et al.* (2006):

“pode-se verificar que a meta de ampliar a visibilidade está sendo alcançada, à medida em que foram registrados mais de

3 milhões de acessos aos seus artigos somente no primeiro trimestre de 2005 e que está entre os dez mais acessados do mundo, por meio do *site* de busca Google Scholar”. (ibid., p.4)

Partindo então do *Scielo*, nosso primeiro instrumento de mapeamento da produção científica brasileira, abrimos um leque amplo de possibilidades de modo a inserir uma variedade de artigos com alguma referência ao comportamento desadaptado infantil.<sup>16</sup> Encontramos 113 artigos, dos quais foram selecionados, após a leitura dos resumos ou do artigo na íntegra, 24 pertinentes ao tema. Foram excluídos artigos que não mencionavam comportamentos ligados à sintomatologia do TDAH ou que não tinham qualquer relação com o ambiente escolar. Incluímos todos os artigos, sem restrições temporais. As datas de publicação variaram entre 1998 e 2008 (Anexo 2).

A seleção de artigos mostrou-nos que a maioria das publicações sobre o tema se dá em revistas que pertencem à área que circunscrevemos como ‘Medicina’ (70,8%). A área ‘Psicologia’ corresponde a 24% do total de artigos, enquanto encontramos apenas dois artigos da área da ‘Educação’.<sup>17</sup> Este formato de publicação parece representar majoritariamente, portanto, a produção científica da área biomédica. Nesse sentido, formulamos duas hipóteses: ou publica-se muito pouco na área de educação sobre o tema do escolar desadaptado ou os periódicos em que estes artigos são publicados não estão indexados ao *Scielo*, que possivelmente valorizaria menos a área das ciências humanas, campo no qual se inserem os periódicos de educação. Entretanto, de

16 A pesquisa foi feita a partir de busca única, na qual foram selecionados artigos que contenham em seu resumo ou título qualquer um dos trinta descritores a seguir (separados pelo operador *or*): TDAH ou TDA/H ou DDA ou hiperatividade ou hipercinético ou hipercinesia ou déficit de atenção ou criança-problema ou aluno-problema ou crianças-problema ou alunos-problema ou distração ou desatenção ou impulsividade ou agitação ou desadaptação ou inadaptação ou indisciplina ou desatento ou desatenta ou desatentos ou desatentas ou desadaptado ou desadaptada ou desadaptados ou desadaptadas ou impulsivo ou impulsiva ou impulsivos ou impulsivas, desde que as seguintes palavras: criança ou escola ou infância ou crianças, também estivessem presentes (para tanto separamos o primeiro grupo e o segundo grupo pelo operador *and*).

17 Lista de revistas agrupadas por área: Psiquiatria - Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Revista de psiquiatria clínica, Jornal brasileiro de psiquiatria, Jornal de Pediatria (Rio J), Revista Brasileira de Psiquiatria; Psicologia - Psicologia: Reflexão e Crítica, Psicologia: Teoria e Pesquisa, Psicologia em Estudo, Estudos de Psicologia; Educação - Revista Brasileira de Educação Especial; Educação e Sociedade.



maneira geral, a distribuição dos periódicos indexados por área de publicação, levando-se em consideração apenas as áreas “ciências humanas” e “ciências da saúde”, não confirma essa discrepância: a proporção é de 44% e 66% respectivamente.

A curiosidade sobre o interesse científico dos educadores acerca do tema da desadaptação escolar nos levou a novas investigações – pouco férteis, no final das contas – no site de busca *google scholar*, nos programas de pós-graduação em educação (com a intenção de identificar áreas de pesquisa que se relacionassem ao tema) e em alguns periódicos especializados em educação.

Frente à dificuldade de sistematizar os poucos resultados encontrados, iniciamos, então, uma pesquisa no Banco de Teses da Capes, que tem recenseadas *todas* as teses e dissertações defendidas a partir do ano de 1987 até o ano de 2006.<sup>18</sup> Esta nos proporcionou um panorama das pesquisas em programas de pós-graduação estrito senso sobre o tema do aluno desadaptado, indisciplinado, desatento, hiperativo e impulsivo após a publicação do DSM III. O Banco de Teses permite uma ideia mais precisa sobre o interesse científico pelo tema, não sendo levados em consideração, como no caso de um Banco de Dados como o *Scielo*, certas padronizações e critérios específicos para aceitação e indexação de um trabalho.

Selecionamos, no Banco de Teses Capes, 106 dissertações e teses a partir da leitura do título e do resumo. Não temos a intenção de analisar teses e dissertações no presente trabalho, já que a sua circulação entre os pares em geral ocorre quando são publicados artigos a partir das teses e o potencial de difusão científica do trabalho é fundamental para a análise que queremos empreender. Entretanto, este mapeamento inicial nos permitiu investigar, na base de currículos da Plataforma Lattes, se esses autores e seus orientadores publicam artigos em periódicos acadêmicos sobre o tema. Selecionamos 139 artigos, a

---

18 A Busca no Banco de Teses da Capes foi feita com as seguintes descritores: TDAH; TDA/H; DDA; hiperatividade; hipercinético; déficit de atenção; criança-problema, aluno-problema, distração, desatenção, impulsividade, agitação, desadaptação, inadaptação, indisciplina, combinadas, quando necessário, com as palavras 'criança' , 'escola'.

partir dos títulos presentes nos currículos, desde que este sugerisse tratar de problemas de adaptação escolar.<sup>19</sup>

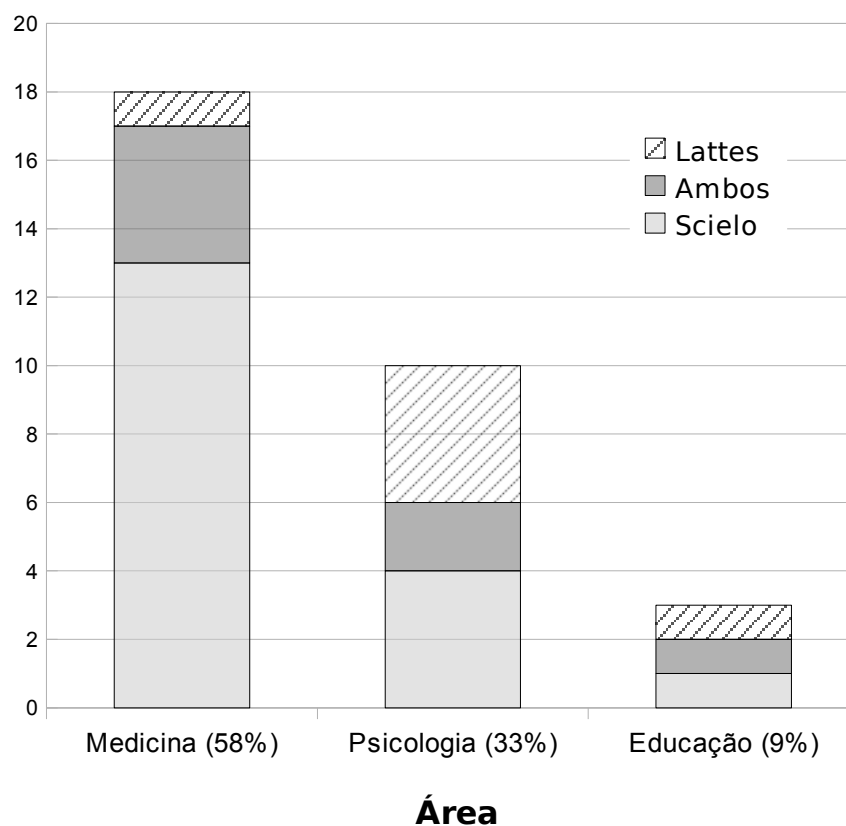
Para assegurar a acessibilidade dos artigos, nossa pesquisa restringiu-se à internet e às bibliotecas das principais instituições de ensino superior e pesquisa da cidade do Rio de Janeiro (UFRJ, UERJ e PUC). Após a leitura dos resumos e eventualmente do artigo completo, respeitando os mesmos critérios de seleção de nossa pesquisa inicial, selecionamos 19 artigos. Acrescentamos mais um critério de seleção, baseado no sistema de classificação de periódicos adotado pelo setor de avaliação da CAPES, o QUALIS<sup>20</sup>, excluindo os artigos publicados em periódicos com classificação abaixo de B3 ou sem classificação, visando conservar para análise os artigos que obtiveram extrato ao menos intermediário de avaliação no sistema formal de avaliação da publicação científica brasileiro. Restaram, assim, 13 artigos dos quais sete já haviam sido incluídos. Ao final do processo analisamos 31 artigos. Considerando todos os artigos coletados, a distribuição por área é: 58% dos artigos na área de 'Medicina', 9% da área 'Educação' e 33 % de 'Psicologia' (Figura 1).

---

19 Nesta busca, verificamos a ausência de currículos e currículos desatualizados. Foram encontrados 38 autores e 18 orientadores com artigos pré-selecionados.

20 Essa classificação atualmente (Capes, 2009) é composta pelos seguintes extratos, em ordem decrescente de valor: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C. O qualis avalia os periódicos acadêmicos de acordo com a área temática focal de circulação e publicação, onde um mesmo periódico pode ser avaliado em mais de uma área e receber diferentes classificações. Nas áreas consideradas em nossa investigação - Educação, Psicologia, Medicina II, Interdisciplinar - consideramos apenas a melhor pontuação dentre as recebidas para qualificar o periódico como um todo, pois os periódicos, de forma geral, tendem a receber melhor classificação nas áreas em que dedicam a maior parte de sua produção.

**Figura 1: Artigos analisados segundo fonte e área do conhecimento.**



### 3.2.1. As publicações médicas e o discurso do consenso

Ao analisarmos as publicações médicas, buscamos compreender, no que diz respeito a comportamentos de desadaptação que qualificam o TDAH, como esse campo – que compreende as publicações nas áreas da psiquiatria, neurologia, pediatria – se delinea. Neste grupo, encontramos grande homogeneidade interna nos artigos quanto a sua estrutura, ao método, aos objetivos dos artigos e aos referenciais teóricos utilizados. Pretendemos descrever como se dá, de maneira geral, essa organização, e apontar as exceções, quando for o caso. A nossa abordagem foi principalmente qualitativa e discutimos alguns artigos em maior detalhe, dependendo da sua relevância para nosso trabalho.

De forma geral, com pouquíssimas exceções, trata-se de revisões bibliográficas ou estudos quantitativos, que se interessam por: estimar a prevalência do TDAH em um grupo amostral de escolares; avaliar associações positivas entre fatores de risco e TDAH ou TDAH *como* fator de risco (por exemplo, para o fracasso escolar); verificar testes e escalas como possíveis ferramentas diagnósticas.<sup>21</sup>

É possível traçar um roteiro sobre sua estrutura de organização, dado o formato padronizado que estes apresentam. Assim, acompanhamos e analisamos criticamente como esses artigos são tipicamente construídos, tanto no aspecto formal, como quanto ao conteúdo. Propomos, para essa análise, a composição de um “artigo padrão”, que reúne as características presentes em todas ou quase todas as publicações presentes no grupo ‘Medicina’. Construímos este artigo como um mosaico, utilizando-nos de fragmentos presentes em uma ou mais publicações com a expectativa de que, dado seu caráter padronizado, as citações por nós escolhidas reflitam a produção do grupo como um todo.

Essa descrição que propomos é qualitativa e seleciona algumas dimensões pertinentes ao nosso tema. Corremos o risco de abandonar, em parte, o respaldo quantitativo em nossas análises. O nosso objetivo, ao produzir este roteiro, é traçar uma versão possível para o perfil deste grupo. A parcialidade dessa descrição é deliberada e se contrapõe, também do ponto de vista metodológico, à pretensão de neutralidade e objetividade empírica que encontramos nos artigos que submetemos à análise.

O nosso “artigo padrão” é introduzido com a seguinte informação: “O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é o distúrbio neurocomportamental mais comum da infância”.<sup>22</sup>(Fontana *et al.*, 2007, p.134). Em seguida, descreve-se o impacto que o transtorno tem na vida do portador:

“O TDAH está frequentemente associado a comprometimentos acadêmico, social e profissional, além de

---

21 Lista com os artigos selecionados para análise no Anexo 2

22 Suprimimos em todas as citações dos artigos por nós analisados as notas de referência para uma melhor fluidez do texto.

haver maior incidência de transtornos psiquiátricos em portadores quando comparados à população geral, e os sintomas frequentemente permanecem durante a vida adulta”. (Coutinho *et al.*, 2007a, p.216)

Delineia-se assim a importância do tema. Trata-se de um transtorno grave, muito comum, crônico, e que merece, portanto, a atenção de todos. A alta incidência do transtorno e os danos que frequentemente traz para a vida dos portadores são apresentados como postulados inquestionáveis, que sustentam e dão sentido para o estudo que se empreende a seguir. Aqui, estamos lidando com o que Latour (2000) chama de modalidades positivas, “sentenças que afastam o enunciado de suas condições de produção, fortalecendo-o suficientemente para tornar necessárias algumas outras consequências” (*ibid.*, p.42).

Um dos mais fortes ataques contra o conceito nosológico do TDAH é a acusação de que se trataria de comportamentos comuns que, na sociedade contemporânea, estão sendo rotulados e medicalizados. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de enfatizar os graves *déficits* funcionais que o transtorno pode causar. Para reforçar a sentença que trata dos comprometimentos – sociais, acadêmicos, profissionais – citados no “artigo padrão” recorre-se a um ponto muito caro para todos os que estudam o TDAH: o alto índice de co-morbidade com outros distúrbios psiquiátricos que este apresenta. “A comorbidade no TDAH é, geralmente, a regra e não a exceção” (Moraes *et al.*, 2007, p.21) e está intimamente relacionada ao mau prognóstico do transtorno: “O problema não se resume aos *déficits* trazidos pela doença, mas à associação co-mórbida com outros transtornos, que pode resultar em comprometimento social grave” (Freire & Ponde, 2005, p.474). Se os sintomas clássicos do TDAH podem ser confundidos com comportamentos não patológicos, se alguém alegar que, afinal de contas, os problemas trazidos pelo transtorno não são tão graves assim, a provável co-morbidade com outros transtornos do comportamento serve como argumento, como sinal de alerta, de que este transtorno não deve ser negligenciado.

Voltando para o artigo que estamos construindo, ainda na introdução descreve-se a lista sintomática do TDAH tal como aparece no DSM IV. Ainda que, posteriormente, ao longo do artigo este instrumento seja questionado ou que se proponha a importância de outras ferramentas diagnósticas complementares, as publicações que analisamos não fogem a essa filiação. Nos artigos que compõem o grupo ‘Medicina’, tratar de problemas de desatenção e hiperatividade no contexto escolar implica referir-se ao diagnóstico de TDAH tal como aparece no DSM-IV.

Depois de apresentarmos as premissas não questionadas e, portanto, estáveis que sustentam os estudos sobre o TDAH, podemos nos voltar para o problema que movimenta um artigo típico. Seu objetivo é investigar algum aspecto que, admite-se, não está ainda bem estabelecido e que, portanto, precisa ser melhor estudado. Para justificar uma investigação, é preciso circunscrevê-la na literatura científica. Essa descrição conta com o que diversos estudos apontaram sobre o tema em questão, mostra as discordâncias e a necessidade de que um ponto qualquer seja aprofundado. Nesse momento, as controvérsias ficam explícitas. Aqui, interessa iluminar os vãos da caixa-preta.

Utilizamos, como exemplo, um estudo (Guardiola *et al.*, 2000) que visa comparar a prevalência do transtorno em uma amostra de estudantes utilizando os critérios do DSM-IV e critérios neuropsicológicos. Os autores citam os problemas relatados na literatura que concernem aos instrumentos diagnósticos e, em seguida, justificam sua pesquisa:

“Na ausência de um critério diagnóstico homogêneo, e na insuficiência de dados epidemiológicos brasileiros relacionados à síndrome TDAH, desenvolvemos esse estudo propondo um novo critério diagnóstico que considera aspectos neuropsicológicos, *complementando* o critério diagnóstico do DSM-IV (1994)” (ibid., p.402)

O que descrevemos até aqui é um roteiro mais ou menos padronizado: parte-se de uma modalidade positiva, para outra mais negativa, ou seja, para aquilo que deve ser discutido. Ao escrevermos este artigo, portanto, temos que

ter em mente o que pode ou não ser colocado em questão “o que de fato interessa (o que é especialmente importante!) e o que se admite ser discutível.” (Latour, 2000, p.92-93)

A pergunta que se quer fazer orientará o que pode ser questionado. Em nosso exemplo, Guardiola, Fuchs e Rotta (2000) propõem uma ferramenta diagnóstica mais complexa, que considera critérios neuropsicológicos, além dos aspectos psicométricos e comportamentais. Alega-se a maior acuidade dessa ferramenta, o que levaria a um diagnóstico supostamente mais preciso e menos *subjetivo* que aquele feito a partir da lista sintomática do DSM. Esta é uma aposta em direção à consolidação do *fato*, à neutralização de importantes argumentos de oposição que rondam o TDAH e, nesse caso, é possível a crítica categórica do manual psiquiátrico:

“A prevalência do diagnóstico de TDAH usando o DSM-IV, foi de 18% [...] e de 3,5 % usando o critério neuropsicológico. Isso mostra que o critério do DSM-IV superestima a prevalência, provavelmente por incluir outros transtornos de comportamento.” (Guardiola *et al.*, 2000, p.406)

Em contraste, podemos citar outra publicação (Fontana *et al.*, 2007) cujo objetivo foi determinar a prevalência de transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças de quatro escolas públicas brasileiras, por meio dos critérios do DSM-IV. Nesse estudo, o que determina um caso TDAH é o preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM. A própria concepção da pesquisa depende da definição de TDAH presente no Manual. Para que o TDAH *exista*, nesse caso, o manual deve ser confiável. Os autores deixam clara essa filiação quando afirmam que “A utilização desse instrumento válido e confiável para aferição de TDAH foi um dos pontos positivos do estudo” (*ibid.*, p.136).

A relevância de uma investigação, como dissemos, está muitas vezes ancorada em algum ponto polêmico na literatura sobre o tema. Os desacordos são revisitados e o terreno para discussão é preparado. Optamos, para continuarmos esta discussão, pelo estudo típico de prevalência. A justificativa

mais comum para esse tipo de pesquisa é a escassez de estudos dentro da amostra específica escolhida e os desacordos de taxas encontrados na literatura nacional e internacional sobre o tema. O primeiro passo é, portanto, relatar as divergências, em nosso caso, mostrar a variação das taxas de prevalência nos diferentes estudos. A partir disso, são apresentadas razões para esta variação que preservem o TDAH enquanto entidade nosológica e que sejam compatíveis com o objetivo da pesquisa.

Podemos citar, por exemplo, o tipo de amostra ou o mau uso do instrumento diagnóstico como possíveis razões para tais variações. Fontana *et al.* (2007) alegaram que as taxas de prevalência tendiam a ser “mais elevadas quando estudos epidemiológicos analisavam amostras extraídas de escolas” (*ibid.*, p.136). Já Pastura *et al.* (2007), ao relatar achados de estudos que divergiam, ressaltaram que “estes estudos utilizaram o inventário de sintomas para o diagnóstico de TDAH, sem levar em consideração todos os critérios da DSM-IV” (*ibid.*, p.1082).

Agora nosso ‘artigo-padrão’ já conta com uma introdução e um objetivo. Depois de explicitado o problema, passamos ao método. Descreve-se a amostra, os instrumentos (as escalas, os testes, as entrevistas) e o procedimento de aplicação destes. Os resultados são então distribuídos em tabelas ao lado dos testes de significância estatística. Chegamos então à discussão, que, em geral, resume-se à comparação dos resultados com aqueles presentes em outros estudos do mesmo tipo:

“A prevalência de TDAH foi maior no sexo masculino que no sexo feminino, corroborando achados de outros estudos. No entanto, a distribuição por subtipos mostra maior prevalência de subtipo combinado, contrapondo-se àqueles mesmos estudos, porém encontrando respaldo em outro estudo de nosso meio também com amostra não-clínica” (Coutinho *et al.*, 2007b, p.15).

Latour (2000), a esse respeito, coloca a importância de se interrogar o *contexto da citação*. Quando um autor cita um estudo de prevalência é necessário



torná-lo útil para a sua tese. Não se trata de ligar passivamente seu texto a outros, mas de modificá-los ativamente, de forma que o “artigo não é só citado como referência, é também qualificado, ou, [...] modalizado.” (Latour, 2000, p.61). O nosso exemplo (Coutinho *et al.*, 2007b) nos mostra como o *status* da referência depende da maneira como o autor a integra em seu texto. O estudo citado neste artigo ao mesmo tempo corrobora a maior prevalência do TDAH no sexo masculino e se contrapõe à distribuição encontrada por subtipos. No quesito onde houve divergência, busca-se apoio em outro aliado, o qual possui o mesmo tipo de amostra (não-clínica). Quando há concordância, o tipo de amostra não importa, uma vez que os resultados já estão corroborados.

O esforço, quando há contradição, é sempre no sentido de neutralizar ou abrandar as diferenças. Temos, a seguir, um outro exemplo de como fazer a literatura concordar, ignorando as diferenças:

“Os resultados encontrados no presente estudo foram similares aos de outros trabalhos realizados em diferentes países, sendo que as diferenças encontradas possam ser devidas, principalmente, aos instrumentos utilizados” (Poeta & Rosa Neto, 2004, p.154).

Podemos inferir que o cálculo da prevalência e os estudos epidemiológicos são importantíssimos no estabelecimento do nosso *fato*, ao menos no contexto científico brasileiro. São eles que definem algumas das modalidades mais positivas e divulgadas como as informações *cientificamente comprovadas* acerca do TDAH: trata-se do transtorno psiquiátrico mais comum na infância que acomete 3% a 5% dessa população; a proporção entre os sexos é de três meninos para cada menina, sendo que o sub-tipo mais comum em meninos é o predominantemente hiperativo, enquanto que, nas meninas, é o sub-tipo desatento; este transtorno tem alto índice de co-morbidade, sendo o transtorno co-mórbido mais comum o Transtorno Opositivo-desafiador (TOD); está relacionado ao mau-desempenho escolar e ao fracasso acadêmico, e etc.

Mattos e Rohde (2003), ao introduzirem uma coletânea de artigos brasileiros sobre o TDAH, nos indicam a importância desse tema no

estabelecimento do transtorno enquanto uma entidade nosológica válida. Segundo os autores, o TDAH:

“não pode ser considerado meramente como secundário a problemas na educação recebida dos pais ou cuidadores, uma vez que a prevalência do transtorno é muito semelhante em culturas muito distintas entre si: prevalências similares são vistas nos Estados Unidos, na Austrália e no Brasil, quando métodos diagnósticos semelhantes são utilizados” (ibid., p.12).

Aqui fica claro que é a serviço da lógica organicista e contra a concepção psicodinâmica que esses aliados (as taxas de prevalência, os testes de significância estatística, as escalas sintomáticas, os testes neuropsicológicos) são convocados. É ao excluir a história psicológica do sujeito, sua educação e as diferenças culturais associadas à produção do transtorno, que a hipótese fisicalista ganha corpo e se firma.

Ao contrário do que os autores colocam sobre a concordância de prevalência em diferentes culturas, os números parecem não garantir ainda terreno estável para a consolidação do consenso acerca do transtorno. Nesse sentido, quando um estudo é confrontado com divergências, é preciso, ao mesmo tempo, não invalidar os estudos de prevalência – o que implica justificar a sua variação sem questionar o que é essencial no transtorno, a lógica que o sustenta – e afirmar a validade da pesquisa em questão. Pastura *et al.* (2007) demonstram a importância de manter a modalidade positiva sobre a prevalência de TDAH, ainda que, para isso, tenham pago o preço da incoerência:

“A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) varia entre 3 e 5% das crianças em idade escolar, porém a prevalência se modifica de acordo com os critérios diagnósticos utilizados e o tipo de amostra estudada. No Brasil, há estudos utilizando critérios da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) que revelam prevalências distintas de TDAH em escolares, variando de 5,8 a 17,1%” (Pastura *et al.*, 2007, p.1078)

Vimos como o recurso à prevalência, e a consequente proliferação de artigos com este tema, está inserido em uma forma de compreensão do comportamento e de seus desvios. A explicação para os distúrbios de comportamento, segundo essa lógica, é essencialmente cerebral. Ao analisar o grupo ‘Medicina’, acompanhamos até agora o esforço de, através das pesquisas locais, transformar em *fato* este modelo de compreensão.

Acompanhamos, agora, esse movimento a partir do exemplo de dois artigos, que são, de fato, variações de estudos sobre uma mesma amostra: o primeiro artigo (Gomes *et al.*, 2005) compara medidas de Funções Executivas (FEs) entre portadores de TDAH e um grupo controle em uma amostra de 304 escolares do Colégio de Aplicação da UFRJ enquanto o segundo (Pastura *et al.* 2007) tem como objetivo calcular a prevalência do TDAH na mesma amostra de 304 escolares.

Gomes *et al.* (2005) compararam a performance de estudantes do ensino fundamental matriculados regularmente no CAP da UFRJ no ano de 2003 com e sem TDAH em testes neuropsicológicos. Nessa pesquisa não foram encontradas diferenças em quaisquer das medidas de FEs. Aqui, os resultados obtidos vão de encontro a uma hipótese muito cara ao modelo fisicalista, de que o TDAH seria causado por falha nos lobos frontais responsáveis pelas Funções Executivas (Barkley, 1997). O que os autores *fazem* dos próprios resultados, a maneira como os articulam à literatura sobre o tema, nos proporciona, como veremos a seguir, um exemplo muito explícito da fidelidade ao modelo que se quer consolidar.

A primeira frase que encontramos no resumo do artigo é: “Déficits de funções executivas (FEs) já foram demonstrados no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)” (Gomes *et al.*, 2005, p.178), o que nos mostra qual é a modalidade positiva que o artigo quer preservar. Ao discutir seus resultados, o autor coloca, entre as possíveis razões para que as medidas das FEs não tenham variado de acordo com o grupo, que poderia se tratar de um artefato da amostra, já que o CAP UFRJ é uma das melhores escolas da cidade e

há uma seleção competitiva através de prova para o ingresso. Essa explicação não leva em consideração o fato, mencionado por Pastura *et al.* (2007) de que o ingresso no CAP/UFRJ desde 1998 é feito através de sorteio: “a utilização de amostra não-clínica de uma escola onde a entrada se faz por sorteio permite uma extrapolação maior que outros estudos nacionais realizados em amostras clínicas” (ibid., p.1083).

Para Pastura *et al.*(2007), a seleção aleatória para ingresso na escola valoriza o potencial de extrapolação do estudo, o que o tornaria menos limitado. Já no artigo de Gomes *et al.* (2005), é preciso enfatizar o alto QI da amostra, ignorando, para tanto, que a maior parcela do ensino fundamental no ano de 2003 ingressou na escola através de sorteio. Isso porque, o suposto alto QI é utilizado para justificar “como já foi sugerido por outros autores” (ibid., p.180) o fato de Disfunções Executivas não diferenciarem o grupo TDAH do grupo controle. A conclusão dos autores neste estudo é postulada de maneira a restringir ao máximo a validade externa do estudo:

“Os resultados deste estudo sugerem que crianças e adolescentes com QI acima da média, que pertencem a classe socioeconômica mais alta e estudando em uma escola onde a admissão é feita por seleção competitiva apresentam performance similar aos controles nos teste neuropsicológicos de funções executivas” (ibid.).

Parece, nesse caso, que é mais importante manter intocada a hipótese de que o TDAH se relaciona a disfunções executivas do que valorizar o potencial de um estudo que demonstrou, segundo seus parâmetros, que não há diferença no desempenho entre o grupo ‘casos de TDAH’ e o grupo ‘controle’.

Para finalizar o artigo-padrão, após a comparação dos resultados com aqueles presentes na literatura, dedica-se um parágrafo às limitações do estudo, ao que não foi feito, e/ou ao cuidado que devemos ter em transpor os resultados encontrados para a população em geral. Aqui, alude-se ao caráter local das conclusões, devido a possíveis vieses relacionados ao tamanho ou tipo da

amostra, ao instrumento utilizado, ao não atendimento a todos os critérios de rastreamento (por exemplo, contar com um só informante), entre outros.

Colocar as limitações do estudo parece ter algumas vantagens: em primeiro lugar, a potência parcial do estudo protege-o de possíveis ataques ou divergências com outros estudos que poderiam invalidar seus resultados: “Quando o autor está em terreno perigoso, proliferam as afirmações atenuadas” (Latour, 2000, p.93). É porque os estudos de prevalências são todos *limitados* às suas amostras e aos seus instrumentos, que variações tão grandes nos resultados convivem pacificamente. Em segundo lugar, a cautela é frequentemente vista como sinal do estilo científico, o que diferencia a literatura técnica da literatura em geral. Latour nos mostra, no entanto, que as modalidades negativas (as afirmações atenuadas) no discurso científico são tão importantes quanto as modalidades positivas. Ainda que as modalidades negativas protejam o autor de tornar um artigo questionável, os pontos essenciais da perspectiva que orienta o artigo não são atenuados: “Sempre que não se deve discutir uma caixa-preta, não há meias afirmações” (Latour, 2000, p.93).

Os resultados alcançados pelos autores devem ser circunscritos às suas condições limitadas de produção, enquanto as modalidades positivas são aquelas compartilhadas por todos os que participam do mesmo estilo de pensamento. Assim, tanto a cautela nas colocações, quanto a preocupação em articular seu conteúdo e adequar seu estilo ao *establishment* do campo científico no qual está inserido são consideradas características típicas do discurso científico.

Fleck (1986), quando divide o estilo científico em ciência de revista e ciência de manual, enfatiza o caráter local, pessoal, que marca o estilo discursivo dessas pesquisas em contraste com a ciência já aceita e coletivizada do manual. Localizar um estudo em um campo maior de investigações e enfatizar sua provisoriidade com relação a esse campo indicam o caráter coletivo, social, do fazer científico. Para o autor, o especialista que participa de uma investigação eminentemente nova recorre à ciência de manual para justificar suas hipóteses, ainda que saiba que seu conteúdo esteja já ultrapassado. A ciência de revista

“Aspira à comunidade como expressão da supremacia da massa do coletivo de pensamento sobre sua elite” (ibid., P.167), já que só através da circulação intracoletiva o pensamento legitima-se.

Em nosso trabalho tratamos de um transtorno psiquiátrico recente, ainda muito controverso mesmo no meio médico. A análise que empreendemos nos permite acessar um campo onde há muitas incertezas e as disputas estão acirradas. Ainda que não haja um saber ou um manual incontestado que embase o nosso conceito nosológico, podemos dizer que a lógica organicista que procura no cérebro e na genética a causa da desadaptação comportamental sustenta e orienta as pesquisas que analisamos.

Até aqui, enfatizamos em nossas análises as características típicas das publicações do grupo ‘Medicina’. A marca do artigo-padrão que compusemos é o seu caráter descritivo. As afirmativas sobre o transtorno, o procedimento metodológico e os respectivos dados objetivos que essas pesquisas alcançam prescindem qualquer problematização. As divergências encontradas são apresentadas como desajustes pontuais e, portanto, discute-se, no máximo, o aperfeiçoamento do instrumento e do método utilizados. O artigo-padrão em ‘Medicina’, portanto, coloca em funcionamento uma engrenagem e, ao fazê-la operar, reforça a perspectiva neuro-biológica que a sustenta. Finalizada sua descrição e análise, iluminamos agora algumas especificidades presentes nesses artigos que são relevantes para nossa investigação.

Alguns artigos arriscam pisar terrenos mais delicados e trazem à tona as polêmicas ‘exógenas’ que rondam o TDAH. Dada a controvérsia em torno do transtorno, é necessário enfraquecer as oposições quando se tem a disposição de tornar hegemônica a perspectiva teórica que o embasa. Nas palavras de Latour (2000), “Embora seja prático incorporar referências que possam ajudar a fortalecer uma posição, também é necessário atacar as referências que possam opor-se explicitamente às suas teses” (ibid., p.63).

Quando um artigo explicita em seu texto as oposições que partem de perspectivas externas ao modelo com o qual trabalha, é obrigado a adotar uma posição e a articular a sua lógica, o que permite uma análise mais aprofundada das perspectivas teóricas que sustentam o modo de operação dessas publicações científicas. Temos, entre os artigos do grupo ‘Medicina’, apenas dois (Vasconcelos *et al.*, 2005 e Vasconcelos *et al.*, 2003) que citam, em suas referências bibliográficas, os críticos ‘exógenos’ do TDAH. Outros se posicionam criticamente às perspectivas contrárias ao TDAH, porém se resguardam de nomear o alvo das críticas. Discutiremos, a seguir, essas duas formas de se posicionar nesta ‘batalha’.

Vasconcelos *et al.* (2005) colocam que o diagnóstico do TDAH se baseia em critérios clínicos, o que “gerou alguma controvérsia em torno de sua natureza subjetiva” (ibid., p.68) Essa colocação, entretanto, não é comentada ou rebatida, o que não nos permite analisar a posição do artigo.

Já Vasconcelos *et al.* (2003) discutem críticas contundentes ao TDAH. Os autores colocam que tanto a definição do limiar para estabelecimento do diagnóstico, quanto o questionamento do instrumento utilizado para medir os sintomas foram salientados pelos opositores dos princípios do diagnóstico e tratamento do TDAH. O autor procura rebatê-las e insere os problemas inerentes ao método diagnóstico em um campo mais amplo e menos questionado do que aquele que circunscreve o TDAH:

“no uso clínico de qualquer exame complementar em medicina, o processo de diagnóstico depende da definição ‘arbitrária’ de limiar que implicará em determinada sensibilidade e especificidade daquele instrumento.” (ibid., p.72)

A resposta à crítica poderia ser reescrita da seguinte forma: “se os exames laboratoriais em medicina, pouco questionáveis em nosso meio científico e em nossa sociedade, também usam limiares arbitrários, essa arbitrariedade não invalida o diagnóstico que defendemos”. Porém, ao dizer que os exames laboratoriais em medicina também dependem de pontos de corte arbitrários, os

autores não colocam em questão a diferença, por exemplo, entre a definição da quantidade objetivamente mensurável de açúcar no sangue considerada saudável e escalas psicométricas subjetivas que dependem da tolerância para determinados comportamentos por parte dos respondentes. Para Latour (2000), “o autor dará um jeito de atar a sorte do seu artigo à sorte de fatos cada vez mais duros” (ibid. p.99). Parece que, em nosso exemplo, o “jeito” é utilizar o recurso retórico da comparação.

Ao comparar o diagnóstico psiquiátrico aos exames em medicina com o intuito de legitimar-se, este artigo reflete relações históricas entre a psiquiatria e as outras especialidades médicas. Segundo Bercherie (1989) “a psiquiatria seguiria com meio século de atraso a evolução da medicina” (ibid. p.33) e essa relação dúbia de pertencimento ao campo médico e de defasagem em sua legitimidade científica e social marca toda a evolução da história da psiquiatria. Essa questão parece central na abordagem deste discurso cientificista, já que o movimento da psiquiatria biológica se vale da recurso da intervenção psicofarmacológica e do vocabulário de natureza fisicalista “como possibilidade de uma saída para as incertezas que o exercício da psiquiatria coloca para seus praticantes” (Serpa Junior, 1998, p. 248).

Vasconcelos *et al.* (2003) seguem sua defesa, dessa vez não comparando, mas filiando o TDAH ao seu campo de pertencimento, a neuropsiquiatria:

“Como em toda a neuropsiquiatria não existe um padrão-ouro que permita esclarecer o diagnóstico 'com certeza', clínicos e pesquisadores devem contemporizar com os limites inerentes de seus recursos diagnósticos. Conclui-se que as dificuldades resultantes da ausência de um padrão-ouro não devem servir para invalidar determinado diagnóstico.” (ibid., p.72)

Ao estender a crítica feita ao TDAH para *toda* neuropsiquiatria, os autores fortalecem seu diagnóstico, que agora não está mais sozinho.

Essa ação não neutraliza a crítica. Admite-se sua fundamentação e sugere-se tolerância para com os limites apontados. Mas a enfraquece na medida em que, para invalidar o diagnóstico do TDAH, passa a ser necessário atacar



todo um campo mais sólido, mais bem estabelecido, de conhecimento. Latour (2000) descreve as regras do embate científico que, ao nosso ver, explicam satisfatoriamente as táticas ora utilizadas:

“enfraqueça os inimigos, paralise os que não puder enfraquecer (...) ajude os aliados se eles forem atacados; garanta comunicações seguras com aqueles que o abastecem com dados inquestionáveis (...) se você não tiver certeza de que vai ganhar, seja humilde e faça declarações atenuadas.” (ibid., p.63).

Este foi o único artigo, dentre os selecionados por nós, que teve a ousadia de trazer os opositores do TDAH para o seu texto, expor suas críticas mais fundamentadas e se posicionar diante destas. Ao incluir em suas reflexões os discordantes, esses autores nos possibilitam analisar o debate, para o qual se pressupõe diálogo e não monólogo, inerente à luta pela construção de um fato.

Esse debate pode ser percebido também em outras das publicações em análise que, entretanto, mantêm velados os discordantes. A resistência que o TDAH e a intervenção medicamentosa enfrentam é explicitada e combatida no exemplo a seguir:

“Apesar de sua descrição e o uso de estimulantes datarem de longa data, os problemas enfrentados no tratamento do TDAH ainda ocorrem mais por ideias preconcebidas do que por desconhecimento dos sintomas e terapêutica preconizada” (Moraes *et al.*, 2007, p.20).

Aqui, afirma-se um diagnóstico, uma terapêutica preconizada, recorre-se à autoridade histórica para positivá-los e, ao mesmo tempo, ataca-se, sem nomear, as objeções existentes para a aderência ao tratamento. Não são apontadas quais são e de onde partem as ideias preconcebidas, mas o próprio termo utilizado tem já uma conotação pejorativa.

No artigo assinado por Gomes *et al.* (2007), os opositores ficam mais bem definidos. Neste trabalho, os autores se propõem a analisar o nível de conhecimento da população, de médicos, psicólogos e educadores acerca do TDAH. A conclusão final do artigo é que “todos os grupos relataram crenças não

respaldadas cientificamente, que podem contribuir para diagnóstico e tratamento inadequados” (ibid., p.94) e que, portanto, é preciso capacitar profissionais e informar corretamente a população acerca do transtorno. Aí, fica muito clara a intenção de defesa da perspectiva da psiquiatria biológica com base em argumentos de autoridade *cientificistas*, muito próximos da argumentação que encontramos na análise da divulgação científica que empreenderemos a seguir. O artigo é recheado de palavras como ‘mito’ e ‘crenças’ para designar compreensões com as quais os autores divergem.

Para análise dessa publicação, citamos apenas alguns trechos que dizem respeito à polêmica pela prerrogativa de tratamento do transtorno. O artigo, em sua introdução, cita exemplos de estudos que demonstram que há lacunas no conhecimento do transtorno, como a crença no mito de que o TDAH pode ser causado por açúcar ou outros aditivos alimentares, por parte de pais de classe média com filhos em tratamento por TDAH. Esse estudo citado pelo nosso artigo informa que “além disso, 38% dos pais acreditavam que o acompanhamento psicoterápico era o melhor tratamento para TDAH e 55% manifestaram hesitação em usar a medicação com base em informações sobre estimulantes veiculadas na imprensa leiga” (Gomes *et al.* 2007, p.95).

Já ao apresentar os resultados do estudo, seus autores informam que:

“o percentual de entrevistados que acreditam, por exemplo, que o TDAH esteja de alguma forma relacionado à ausência relativa ou absoluta dos pais no dia-a-dia das crianças e adolescentes foi elevado em todos os grupos [...], evidenciando lacunas importantes no conhecimento técnico de profissionais” (ibid., p.100-101).

Consideramos que esses exemplos são auto-explicativos e, portanto, faremos apenas dois comentários adicionais. Em primeiro lugar, é patente a disputa de campo com a perspectiva psicanalítica. Ao chamar de lacuna importante no conhecimento acreditar que o TDAH esteja *de alguma forma* relacionado à ausência dos pais é desconsiderar inclusive a própria concepção da psiquiatria de que o transtorno teria múltiplas etiologias, “dependendo de

fatores genéticos e adversidades biológicas e psicossociais” (Poeta & Rosa Neto, 2004, p.151). Um dos artigos por nós analisado, que avalia a associação de fatores psicossociais ao TDAH – utilizando como instrumentos: o questionário de sintomas do DSM-IV, um questionário psicossocial específico, anamnese e exames físico e neurológico completos – concluiu que “As crianças expostas a ‘brigas conjugais no passado’ entre os pais correram risco 11,66 vezes mais alto de ter o diagnóstico de TDAH” (Vasconcelos *et al.*, 2005, p.68). Parece, nesse caso, mais importante não deixar brechas ao tratamento psicanalítico para as queixas que poderiam configurar o TDAH do que ser coerente com a própria definição do transtorno.

Em segundo lugar, consideramos importante ressaltar que, embora Gomes *et al.* (2007) não façam menção a conflito de interesse, o primeiro autor é vinculado à Novartis Biociências S.A., o terceiro autor<sup>23</sup> é palestrante dos laboratórios Abbott, Astra-Zeneca, Janssen-Cilag e Novartis, e outros dois autores<sup>24</sup> pertencem ao Grupo de Estudos de Déficit de Atenção (financiado pelo Laboratório Janssen-Cilag) e ProDAH (financiados pelos laboratórios: Bristol-Myers Squibb, Eli-Lilly, Janssen-Cilag e Novartis). Embora outras publicações sejam também direta ou indiretamente patrocinadas pelos laboratórios farmacêuticos, nesse exemplo nos pareceu declarada a disputa por território de intervenção terapêutica em crianças com comportamentos de desadaptação.

Por fim, analisamos como a educação, os escolares e os educadores são convocados pelos pesquisadores para esta *mise en scène* que nos propomos a acompanhar. Como vimos, as escolas são, em muitos dos artigos analisados, o local de coleta da amostra a ser estudada. Em geral, além disso, o mau-desempenho acadêmico é relacionado entre os impactos do TDAH na vida do portador, listados na introdução do “artigo padrão” que compusemos. Por um lado, é na escola que os portadores devem ser rastreados. Afirma-se, inclusive, que as taxas de prevalência tendem a ser mais elevadas quando são analisadas

---

23 Fabio Mello Barbirato Nascimento Silva

24 Paulo Mattos e Luis Augusto Rohde

amostras extraídas de escolas (Fontana *et al.*, 2007; Vasconcelos *et al.*, 2003). Por outro, os problemas acadêmicos são justificativa para o diagnóstico precoce e tratamento do transtorno.

Do ponto de vista da inserção do saber psiquiátrico no espaço da educação, a escola é o local privilegiado de *visibilidade* do transtorno: “Em geral, os sintomas se tornam mais evidentes ao ingresso na escola, por serem prejudiciais e menos tolerados neste ambiente” (Araujo, 2002, p.107). Além disso, os educadores estão “em posição privilegiada para triar e encaminhar possíveis casos de TDAH para especialistas” (Gomes *et al.*, 2007, p.99).

Se, de outro modo, analisarmos a importância da associação do transtorno com o mau desempenho escolar, veremos que é a problemática educacional que ocupa o campo psiquiátrico. O tratamento do TDAH enquanto possibilidade de intervenção médica na desadaptação ao ambiente e às normas escolares será nosso enfoque na análise desses artigos. Propomos investigar como se constrói essa dupla pertinência na busca pela legitimação do transtorno: a educação deve adquirir conhecimentos psiquiátricos e aliar-se aos psiquiatras ao passo que o saber psiquiátrico reforça-se na medida em que se relaciona à problemática educacional e se propõe a abrandá-la.

O TDAH articula a abordagem médica e individualizante da questão educacional da desadaptação. É na análise da relação entre um discurso médico e um comportamento mal adaptado em situação escolar que se estabelece a interface entre os campos da educação e da psiquiatria no delineamento deste transtorno. Para essa discussão, será necessário compreender como são estabelecidas as associações entre o TDAH e o mau-desempenho escolar em nossos artigos.

O mau rendimento acadêmico e os comportamentos disruptivos e anti-sociais configuram-se como desadaptação ao ambiente escolar. Freire & Ponde (2005) mostram, em seus resultados, associação positiva entre o tipo predominantemente desatento e as dificuldades de aprendizagem, por um lado,

e o tipo predominantemente hiperativo/impulsivo e o comportamento anti-social por outro. Serra-Pinheiro *et al* (2008) estudam o papel da desatenção (DA), hiperatividade/impulsividade (H/I) e sintomas opositivo-desafiadores (OP) no fracasso escolar e concluem que apenas a DA se associou ao mau rendimento: “embora H/I seja mais perturbadora para pais e para a sala de aula, a desatenção (DA) é, de fato, o maior preditor de fracasso escolar” (ibid., p.828).

Discutimos, no primeiro capítulo, a centralidade que o sintoma da desatenção adquire na definição do transtorno no DSM IV e a consolidação e legitimação correspondente de um tipo específico de TDAH, que não tem problemas de comportamento evidentes. Os exemplos corroboram a suposição de que o tipo desatento se consolida no DSM IV, ao menos em parte, por causa do seu impacto no desempenho acadêmico.

Freire & Ponde (2005) nos oferecem um bom exemplo da articulação entre os campos da saúde e da educação que o tipo desatento engendra. Seu objetivo é estimar a prevalência de TDAH em uma escola pública e utiliza um instrumento de avaliação no qual os professores, antes do preenchimento da escala, indicam a sua impressão inicial a respeito do aluno. Comparando a impressão inicial do professor com o resultado da escala que discrimina portadores de não portadores o resultado foi o seguinte:

“Para os casos diagnosticados como alta-probabilidade de déficit de atenção houve um índice de discordância de 47% entre a impressão inicial do mestre e o resultado final da análise dos dados contidos na escala. Já para os casos de alta probabilidade de hiperatividade/impulsividade e de problemas de aprendizagem houve 100% de concordância.” (ibid., p.476)

Ao citar os resultados de Freire & Ponde (2005), a conclusão presente em Serra-Pinheiro *et al* (2008) é a de que, dada a maior tolerância social com respeito aos sintomas de desatenção, “informações a respeito do DA deveriam ser o foco dos programas educativos para professores e pais” (ibid., p.476).

Ao pensarmos na relação entre a educação e a psiquiatria, vemos que o sub-tipo predominantemente desatento tem papel central e diferenciado na articulação desses saberes. A desatenção é ao mesmo tempo sublinhada como o sintoma responsável pela associação com o mau prognóstico de desempenho acadêmico e como o foco dos programas de informação para professores, dado seu caráter silencioso. O fracasso escolar, que é altamente associado ao sintoma de desatenção, é trazido por nossos artigos como um dos principais impactos para o portador de TDAH e como justificativa da importância do diagnóstico e tratamento precoces deste transtorno:

“As repercussões do mau desempenho escolar (MDE) na vida do aluno com TDAH, como necessidade de turmas especiais de apoio, sofrimento pessoal e familiar, bem como a influência na vida adulta, justificam o investimento no diagnóstico e manejo precoces do problema” (Pastura *et al.*, 2005, p.324).

Reportamo-nos a duas questões interligadas: a necessidade da apropriação por parte das escolas e educadores do conhecimento psiquiátrico relativo ao TDAH; e a assunção do fracasso escolar como problema médico. Assumir o fracasso escolar do ponto de vista psiquiátrico implica problematizar tanto o fracasso quanto a norma escolar a partir da naturalização do binômio 'padrão e desvio'. Considerar o fracasso escolar desde o ponto de vista médico implica assumir que, se a “boa adaptação ao ambiente escolar, o relacionamento interpessoal adequado com os pares e as boas notas são padrões esperados de uma criança em idade escolar” (Souza *et al.*, 2007, p.16) a má adaptação ou as más notas devem ser tratadas medicamente.

Propomos acompanhar, no caso do TDAH, essa operação que torna o fracasso escolar medicalizável. Em princípio, o mau-desempenho escolar não é característica imprescindível para o diagnóstico de TDAH. Os estudos que relacionam o TDAH ao mau desempenho acadêmico são estudos de associação. Pode-se afirmar que o diagnóstico de TDAH ocorre com frequência junto com o fracasso escolar e não que um seja causa do outro: “se uma relação é encontrada entre duas variáveis isso não significa causalidade” (Czeresnia & Albuquerque,

1996). Isso significa que é igualmente inválido afirmar que o problema neuro-comportamental do TDAH é *causa* para o mau-desempenho escolar, quanto que as dificuldades acadêmicas oriundas de uma estrutura falha de ensino são *causa* dos sintomas característicos do transtorno.

Entretanto, em nossos artigos, encontramos uma espécie de colagem entre o mau desempenho acadêmico e o TDAH. Pastura *et al.* (2007), que estudaram a prevalência do TDAH no CAP/UFRJ, nos oferecem um bom exemplo deste deslocamento. Ao propor uma hipótese para o maior número de perdas na amostra (devidas a não autorização para participação na pesquisa por parte dos responsáveis) observado nas séries mais avançadas, os autores afirmam que:

“Uma das explicações possíveis refere-se ao fato de que exista uma menor quantidade de portadores de TDAH neste grupo, uma vez que este grupo foi admitido no colégio através de prova e não através de sorteio como nas turmas mais novas. Assim sendo, portadores de TDAH, que frequentemente possuem baixo rendimento escolar, não seriam admitidos em um sistema de provas” (ibid., p.1082)

A metonímia que se opera – tomar o mau desempenho pelo TDAH – tem como consequência tornar necessário tratar o TDAH para *curar* o mau desempenho: “O TDAH, como uma das potenciais causas tratáveis de MDE [Mau Desempenho Escolar] merece ser investigado e adequadamente tratado” (Pastura *et al.*, 2005, p.327). Ao ligarmos de forma direta o mau desempenho e o TDAH, a problemática educacional perde sua dimensão cultural, subjetiva, histórica, para se tornar um *déficit* individual e medicalizável. A intervenção proposta para o TDAH é receita para melhorar o desempenho acadêmico: “o tratamento medicamentoso com estimulantes, antidepressivos ou clonidina, associado ao acompanhamento multidisciplinar, concorre para o melhor desempenho das crianças com TDAH na escola.” (Araujo, 2002, p.104)

Por outro lado, o mau desempenho acadêmico é considerado um prejuízo importante exatamente na medida em que é um problema social, além de um problema individual:

“A presença de MDE é deletéria e custosa, tanto em termos financeiros – devido à necessidade de atenção especial para o aluno – quanto em termos pessoais – em virtude do sofrimento trazido para o aluno e para a família, levando, na vida adulta, à baixa auto-estima e dificuldades nas relações interpessoais” (Pastura *et. al.*, 2005, p.326).

Ou ainda: “aprender implica em sucesso individual tanto na sociedade como na vida em família, e, conseqüentemente, influencia todo o desenvolvimento de uma nação, levando-os [indivíduos TDAH] a empregos não-especializados e mal pagos.”

Esses exemplos nos mostram como a questão educacional enquanto problema social, que envolve investimentos do Estado, que diz respeito à organização do trabalho e ao desenvolvimento da nação como um todo, participa dos questionamentos da psiquiatria nessa interface que se cria entre os dois campos que investigamos. Entretanto, seu caráter social desloca-se para a dimensão da consequência e perde sua espessura ao ser atrelada ao manejo do problema individual.

A análise dos artigos em ‘Medicina’ nos mostrou que, apesar de apresentar um discurso coeso e padronizado, não há consenso em torno de muitos aspectos que sustentam este conceito diagnóstico. A análise das publicações não médicas nos dará a oportunidade de escutarmos as outras vozes com as quais o discurso da ‘Medicina’ por vezes dialoga e debate e, assim, mapear as controvérsias e as alianças com mais exatidão e mais elementos.

### **3.2.2. As publicações não-médicas – emergência da heterogeneidade**

Selecionamos o total de treze artigos, sendo dez na área da Psicologia e três na área da Educação, para nossa análise das publicações não médicas.



A pequena quantidade de publicações em Educação nos mostra que esta área de saber pouco publica artigos em periódicos qualificados sobre nosso tema. É importante ressaltar que, segundo nosso critério, foram selecionadas publicações que mencionassem os comportamentos que caracterizam o TDAH, excluindo aquelas que se referem ao mau comportamento de forma genérica. Ainda assim, constatamos que apenas um artigo deste grupo se refere diretamente às práticas pedagógicas para com alunos que trazem problemas em sala de aula, referindo-os como TDAH. Esta falta de publicações na área de educação sobre tais comportamentos de desadaptação nos leva a supor que a problemática não é foco de interesse de pesquisadores da área. O aluno com comportamentos problemáticos em sala de aula, quer seja ou não descrito como TDAH, parece não ser, portanto, objeto dos educadores em sua atividade científica.

O nosso objetivo é compreender como esses artigos estabelecem relações de apoio ou de conflito com o saber médico, que procura legitimar seu conhecimento e seu modo interventivo junto aos comportamentos hiperativos e desatentos. Ainda que tenhamos optado por analisar os artigos da área da 'Psicologia' e da 'Educação' em conjunto, mantemos em evidência a área à qual pertencem.

Ao contrário do grupo 'Medicina', esses artigos são heterogêneos quanto a sua organização, à metodologia e abordagem e quanto à compreensão etiológica com respeito aos comportamentos que investigamos. Esses artigos portam diferentes concepções teóricas que sustentam suas pesquisas. Nesse sentido, consideramos: concepção psiquiátrica para aquelas que assumem as premissas psiquiátricas que embasam o TDAH; psicogênica, para as que consideram a desadaptação infantil como reação ao contexto ambiental e estrutura familiar; e, finalmente, social, para as pesquisas que não se voltam para as condutas de desadaptação, mas discutem as instituições e as relações de poder-saber que fixam as suas descrições.

Apenas para ilustrar a maior variabilidade que encontramos nas publicações não-médicas, podemos apontar para a adoção da metodologia qualitativa, que conta com relatos de experiências ou estudos de caso, por 50 % das pesquisas do grupo 'Psicologia'. Já a compreensão que embasa a abordagem da problemática que o artigo apresenta é também diversificada: se considerarmos ambos os grupos ('Psicologia' e 'Educação'), 38,5 % parte de uma perspectiva compatível com a psiquiatria biológica, 38,5 % parte da perspectiva psicodinâmica e 23% dos artigos possui abordagem que chamamos social.

Essa diversidade, quando comparada ao caráter tipificado do discurso que encontramos no grupo 'Medicina', nos impede de analisar esses artigos como um grupo coeso. Não se pode, por exemplo, contrapor as publicações em 'Psicologia' à visão do grupo 'Medicina', já que, como veremos, há mais identidade de parte das publicações não-médicas com o grupo 'Medicina' do que com os outros artigos do mesmo grupo de pertencimento. Mesmo os artigos que defendem a etiologia psicogênica para os comportamentos TDAH, por exemplo, são particulares em sua abordagem do transtorno e no posicionamento crítico com relação à perspectiva biológica.

Essa diversidade de perspectivas é, ela própria, objeto de análise, na medida em que traz consequências para a construção do campo de forças envolvido no projeto de legitimação do transtorno. A multiplicidade de perspectivas teóricas nos permite, nesse sentido, apontar as relações que se estabelecem entre abordagens que se aliam ou que divergem e como elas se posicionam umas em função das outras.

### **3.2.2.1. Os aliados**

Em primeiro lugar, nos voltamos para os artigos que compartilham a lógica da psiquiatria biológica. São cinco artigos, sendo quatro do grupo 'Psicologia' e um do grupo 'Educação'. Estas publicações adotam (i) metodologias quantitativas; (ii) fazem referência ao transtorno tal como aparece no DSM, sendo a defesa de seu uso para os problemas de atenção por vezes explícita:

“a referência mais utilizada e de aceitação mundial para a classificação dos problemas de atenção é a da American Psychiatric Association (1994), no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), que define critérios específicos e rigorosos” (Tonelotto, 2002);

(iii) destacam os impactos do TDAH na vida dos portadores – “As dificuldades comportamentais manifestadas nos diversos contextos constituem-se frequentemente em fracassos na vida social, emocional e principalmente acadêmica.” (Tonelotto & Gonçalves, 2002, p.34); (iv) e descrevem a prevalência na literatura:

“Quanto aos índices de prevalência, são muito controvertidos, devido essencialmente à grande diversificação de metodologia utilizada nos estudos, que utilizam sistema variado de classificação e tipos de avaliação e sistematização de coleta de dados diferenciados” (Tonelotto, 2001).

Concluimos que há adesão formal e teórica ao modelo da psiquiatria biológica, já discutido por nós. Traremos apenas alguns pontos que podemos desenvolver em nossas análises e que dizem respeito à relação de aliança e reforço mútuo que as áreas estabelecem e à abordagem do fracasso escolar.

Apresentamos, a seguir, um exemplo de como se opera uma divisão nos campos de atuação entre o psicólogo e o psiquiatra (Ourofino & Fleith, 2005). Este estudo visa comparar alunos superdotados, hiperativos e superdotados/hiperativos em relação à criatividade, inteligência, autoconceito, déficit de atenção e hiperatividade/impulsividade, comportamento anti-social e dificuldades de aprendizagem. Neste sentido, ele aproxima-se dos estudos em ‘Medicina’ que discutem a co-morbidade e a dificuldade do diagnóstico diferencial. Entretanto, a concomitância de condições é chamada dupla excepcionalidade (caracterizando que a super dotação não é uma condição mórbida), e o autor divide o foco das avaliações de acordo com a disciplina:

“Profissionais da área médica devem solicitar avaliação psicológica quando suspeitar de dupla excepcionalidade. Da mesma forma, psicólogos e psicopedagogos devem solicitar

exame clínico quando suspeitar de quadro de TDAH” (Ourofino & Fleith, 2005, p.172).

No que diz respeito ao campo de intervenção terapêutica, fica clara a relação de aliança que aí se estabelece. Para parte das publicações em 'Psicologia', a intervenção nos comportamentos que configuram um 'quadro de TDAH' deve ser psiquiátrica. Em nosso exemplo, reforça-se o TDAH como objeto por excelência do saber médico.

Já o artigo que pertence à área 'Educação' (Duarte & de Rose, 2006), foca em tecnologias de ensino que poderiam reduzir as consequências dos comportamentos impulsivos e desatentos no desempenho escolar. Uma proposta pedagógica na área da educação comparece ativamente no acompanhamento do aluno TDAH. Nesse artigo, afirma-se que a aprendizagem discriminativa depende da capacidade de manutenção do contato com “estímulos relevantes e diminuição dos contatos com os estímulos distrativos” (Duarte & de Rose, 2006, p.347), ou seja, é preciso focar e sustentar a atenção no que é esperado que se aprenda. Sugere-se uma técnica educativa que diminua os estímulos distrativos e evite (pela aplicação sistemática, sequenciada em pequenos passos) a necessidade de atenção a um mesmo estímulo por períodos prolongados de tempo.

Ao ligar essa tecnologia de ensino, que visa evitar a distração no processo ensino-aprendizagem, ao diagnóstico, ela passa a fortalecer, dentro da educação, esse conceito nosológico e o saber que o embasa, ao mesmo tempo em que ganha legitimidade nessa operação. Trata-se de uma relação de aliança: a técnica consolida-se na medida em que se recobre do saber psiquiátrico e possui um público alvo bem definido, o qual já se considera de antemão que precisa de cuidados especiais. Ao mesmo tempo, ao assumir o TDAH como conceito nosológico válido e dispor-lhe uma tecnologia específica de ensino, o diagnóstico é fortalecido dentro do campo educacional.

Mostramos possíveis formas de reforço entre diferentes áreas de saber e atuação que o tema do TDAH propicia. Para finalizar, trazemos um exemplo de

como a questão do fracasso escolar é sublinhada na sua relação com o TDAH. Tonelotto (2002) coloca em evidência as exigências escolares às quais os alunos devem se ajustar e as competências de ordem física, emocional, social, cognitiva necessárias para tal:

“O ambiente escolar em si, sobretudo no que diz respeito à sala de aula, é relativamente restrito e aprova um número limitado de comportamentos admissíveis que, por sua vez, não devem ser apenas bons, mas eficazes e que levem à obtenção de resultados acadêmicos satisfatórios. Assim, atender às exigências desse ambiente envolve ajustes referentes aos aspectos cognitivos, físicos, emocionais e sociais do desenvolvimento da criança” (Tonelotto, 2002).

No processo de aprendizado, enfatiza-se a eficácia do comportamento, ou seja, a capacidade de produzir respostas acordes com as expectativas do ambiente escolar. Não basta que os comportamentos sejam genericamente bons, mas devem produzir os efeitos esperados, corresponder às exigências impostas.

Neste exemplo, ilumina-se o espaço escolar e suas difíceis imposições e exigências. Ainda assim, como verificamos nos artigos do grupo ‘Medicina’, a habilidade ou inabilidade de corresponder a estas é o que, de fato, está em questão. A dificuldade de aprendizagem e o problema de comportamento apresentado pelo aluno são considerados *a priori* como intrínsecos ao indivíduo:

“Trata-se de um grupo de crianças [com déficit de atenção] que, além de manifestarem desempenho escolar pobre desde a infância até a vida adulta, são destacadas também por serem consideradas ineficazes nas relações sociais, não podendo usufruir os benefícios por elas oferecidos.” (Tonelotto, 2002)

Paradoxalmente, a causa do mau funcionamento nas relações sociais está no sujeito e não na própria relação. Naturaliza-se o comportamento esperado e a capacidade de ter boas relações sociais. O contexto e os outros atores que participam dessa interação não são, portanto, aí incluídos:

“essas relações [do aluno com o professor] são melhores quando se observa por parte dos alunos comportamento cooperativo e responsável. Alunos disruptivos, agressivos e

com poucas habilidades sociais costumam ser menos valorizados por seus professores” (Tonelotto & Gonçalves, 2002, p.33).

Nesse exemplo, o professor apenas *reage* ao mau comportamento do aluno. Escola e professor são retirados da cena do estabelecimento das relações sociais e voltam a ela apenas quando do seu manejo, ou seja, quando é preciso lidar em sala de aula com alunos inábeis.

Analisamos algumas formas de alinhamento e reforço mútuo entre publicações não-médicas e o estilo de pensamento próprio à psiquiatria biológica: circunscrição do TDAH como campo de intervenção por excelência do saber médico; elaboração de técnicas educativas que contemplam os *déficits* do TDAH; identidade formal entre os artigos de um e outro grupo; naturalização das habilidades sociais e etc. Discutiremos agora como se posicionam as outras publicações que não compartilham destes mesmos paradigmas.

### 3.2.2.2. Os “outros”

Consideramos, neste item, todas as publicações que não encampam a perspectiva teórica dos artigos em ‘Medicina’. Temos aqui um verdadeiro “saco de gatos”: há artigos que se opõem radicalmente à existência do TDAH (Santiago, 2006); que enfatizam etiologias não orgânicas para o transtorno (Antony & Ribeiro, 2004); que nem mesmo o mencionam na sua abordagem de comportamentos desadaptados (Ferreira & Marturano, 2002); que têm como objeto de análise, não os alunos e seu comportamento, mas certas práticas da saúde ou da educação (Freller *et al.*, 2001; Lima, 2006 e Ratto, 2006).

Avaliamos em nossa pesquisa o processo de hegemonização nas publicações científicas da perspectiva da psiquiatria biológica na descrição dos comportamentos de desadaptação escolar. Esse discurso se auto-proclama o único verdadeiramente científico e válido e, portanto, exclui outras perspectivas teóricas e mesmo abordagens metodológicas diversas da sua. Nesse sentido, os artigos alternativos a esse discurso são potenciais adversários à legitimação do

TDAH, na medida em que apresentam outras possibilidades na abordagem e compreensão do mesmo fenômeno e podem servir como ferramentas de questionamento e complexificação das explicações reducionistas que encontramos nos artigos em ‘Medicina’.

Consideramos os artigos que partem da perspectiva psicogênica aqueles que enfatizam o ambiente familiar e social do sujeito como estando na origem dos problemas de comportamento que estudamos. O *a priori* teórico para compreensão da saúde/doença mental é a educação familiar considerada a “chave principal para a saúde de toda e qualquer criança” (Mondardo & Valentina, 1998). Ainda que tenham em comum essa *premissa*, qual seja, a compreensão dos comportamentos que caracterizam o TDAH como uma reação da personalidade ao ambiente (familiar ou social), as concepções teóricas subjacentes – psicanálise lacaniana (Santiago, 2006); gestalt terapia (Antony & Ribeiro, 2004), apenas para citar alguns exemplos – são heterogêneas.

Trata-se de cinco artigos do grupo ‘Psicologia’. Um dos artigos (Ferreira & Marturano, 2002) difere-se dos outros tanto por possuir metodologia quantitativa quanto por não mencionar diretamente o TDAH. Este estudo trata de problemas de comportamento externalizante, menciona os sintomas de agitação e falta de atenção, mas não os nomeia TDAH. Apesar de apresentar estrutura diversa da dos outros artigos, sua hipótese central é psicogênica:

“as manifestações externalizantes refletem processos de trocas contínuas entre características da criança nas interações sociais e características dos cuidadores [...] Nessas trocas, o ambiente familiar apresenta práticas de socialização violentas, exposição a modelos adultos agressivos, falta de afeto materno e conflitos entre os pais” (Ferreira & Marturano, 2002, p.42).

Os demais artigos utilizam a nomenclatura diagnóstica do TDAH e, ao fazê-lo, abrem um debate, muitas vezes explícito, com o DSM e com as concepções que o embasam. Este debate expressa-se na metodologia utilizada, em questionamentos quanto à cientificidade do transtorno e ataques explícitos às

consequências que este pode trazer para a vida do sujeito. Focamos nesse diálogo nossas análises.

Os artigos que possuem metodologia qualitativa de pesquisa trabalham com apresentação de um ou mais estudos de caso. Essa opção metodológica está articulada a uma proposta epistemológica alternativa ao empiricismo descritivo que encontramos nos artigos do grupo 'Medicina'. Ao apresentar um caso, visa-se uma compreensão particular do objeto por meio da "descrição da realidade observada e experienciada" (Antony & Ribeiro, 2004, p.131) e não a explicação neutra, objetiva e universal para os fenômenos estudados.

Antony & Ribeiro (2004), ao sustentarem o uso da metodologia qualitativa e sua opção epistemológica, abrem debate com o método descritivo apresentado pelo DSM IV: "O enfoque gestáltico, portanto, visa ir além da descrição dos sintomas que define uma doença, busca o sentido da patologia e as vivências subjetivas da pessoa adoecida." (ibid., p.127)

Os autores defendem que seu enfoque permitiria abranger a complexidade envolvida no transtorno. Essa abordagem contrapor-se-ia àquela da psiquiatria biológica, que desenvolve seus estudos com objetivos específicos, seja de aprimorar o processo diagnóstico do TDAH ou estabelecer definitivamente sua etiologia. Quanto à questão etiológica, os autores apontam, de forma crítica, para o fato de que, ainda que muitos estudos se voltem para uma causa biológica específica para o TDAH, "evidências conclusivas de lesão ou disfunção neurofisiológica são pouco substanciais e continuam incertas." (Antony & Ribeiro, 2004, p.127).

Ainda em diálogo com a pesquisa e o discurso próprios da psiquiatria biológica, essa publicação discute a questão tão valorizada do alto índice de comorbidade presente no TDAH. Se, em geral, as altas taxas de co-morbidade são argumentos que justificam, devido ao pior prognóstico, a importância do diagnóstico precoce, do tratamento medicamentoso e da necessidade do acompanhamento do portador por parte do psiquiatra, questiona-se aqui se as



co-morbidades não colocam a própria entidade ou individualidade nosológica em jogo: “não há estudos que expliquem as razões para que ocorram as co-morbidades. A escassa existência da sua condição ‘pura’ revela a fragilidade de seu *status* de entidade nosológica diferenciada que nos alerta para a questão de que a essência do TDAH ainda não foi encontrada” (Antony & Ribeiro, 2004, p. 128).

O movimento operado por esse questionamento do diagnóstico é aquele que leva um conceito nosológico forte – que, pelos altos índices de co-morbidade, requer intervenções rápidas, diagnósticos precoces, necessita da intervenção de especialistas e que traz sérios riscos ao indivíduo e à sociedade – em direção a uma entidade nosológica inespecífica, portanto inexistente.

Para que uma doença seja legítima em nossa sociedade, é necessário que esta se organize enquanto uma entidade individualizada que conduz a um diagnóstico próprio e a uma terapêutica correspondente: “se não é uma entidade específica, não é uma doença” (Rosenberg, ano, p.310). Nas palavras de Latour (2000), a ação oposta dos dois grupos empurra uma alegação – em nosso caso: o TDAH é uma entidade nosológica válida que requer uma série de práticas médicas e sociais – para uma das duas direções: esse diagnóstico é empurrado em direção ao *fato*, quando se agrega ao TDAH o impacto trazido pelas co-morbidades e a correspondente urgência nas intervenções médicas e sociais. E é empurrado em direção à *ficção*, quando é apontada a sua heterogeneidade fenomenológica e a raridade de sua existência pura.

Ainda que este texto dialogue de forma crítica com a classificação nosológica do DSM, não há rompimento radical com o transtorno. Assume-se a entidade nosológica e propõem-se outras formas de abordá-la e compreendê-la. Antony & Ribeiro (2004) chegam inclusive a sugerir mudanças na nomenclatura do TDAH no DSM, o que mostra sua adesão, ao menos parcial, a esta nosologia psiquiátrica:

“Uma vez que a desatenção acompanha o fluxo da excitação, não se deveria diagnosticar hiperatividade sem sintomas de

desatenção, ou seja, DDA sem hiperatividade, como indicado no DSM-IV. [...] Face às reflexões apresentadas, propomos que seja pensada uma diferente terminologia: Transtorno de Hiperatividade/Atenção.” (Antony & Ribeiro, 2004, p.133).

Já Santiago (2006) não sugere apenas outra explicação teórica para o TDAH, mas se coloca claramente em oposição aos termos do transtorno: “Não é raro, na infância e adolescência, o sujeito manifestar seu mal-estar por meio de atuações no ambiente escolar e social. Estas atuações [...] são tomadas de maneira geral como distúrbios do comportamento” (Santiago, 2006). Chamar essas atuações de distúrbios do comportamento é, aqui, colocado no registro do engano. Trata-se, para o autor, de tomar uma coisa por outra. No desenrolar do texto o ataque torna-se ainda mais radical. A designação do transtorno não é apenas um erro, mas tem consequências negativas para a vida do sujeito que acabam por reforçar ainda mais a desadaptação e, portanto, a suposição do diagnóstico:

“A nomeação do mal-estar de Rafael com o significante da hiperatividade produziu um efeito sobre seu corpo: ele deprime-se. [...] As limitações cognitivas ressaltam-se e intensificam-se. [...] Em suma, essas manifestações satisfazem um número considerável de critérios estipulados pelo DSM-IV para o diagnóstico de TDAH.” (Santiago, 2006).

A produção que o diagnóstico opera, de fracasso, de prognóstico de limitação no futuro, é apontada segundo a perspectiva da psicanálise. Para os autores, o TDAH é um sintoma de nossa época, um significante produzido pelo saber científico que, “à revelia do sujeito, marca seu corpo, não sem acarretar consequências para sua existência, pela própria associação dessa marca com o fracasso em seu acesso à vida civilizada” (Santiago, 2006). Neste artigo, apresenta-se a oposição mais contundente ao TDAH e ao discurso científico que o embasa. Além de negar qualquer realidade biológica do transtorno, essa perspectiva ataca as consequências produzidas por este e pela lógica que o sustenta. A abordagem psiquiátrica não está apenas equivocada em sua

interpretação e intervenção: ela produz signos ou etiquetas científicas que marcam e submetem o sujeito.

A análise aqui apresentada não leva em consideração os termos, as pesquisas, as conclusões do discurso psiquiátrico. A crítica é feita “de fora”, a partir de um outro corpo de significados. Não há diálogo, posto que não há vocabulário comum. Entretanto, o objeto é o mesmo: o indivíduo que apresenta comportamentos extravagantes, que sofre, que procura ou que é encaminhado a um especialista. Gomes *et al.* (2007) do grupo ‘Medicina’, que analisamos acima, mostram que essa guerra pode se explicitar de lado a lado. Em seu artigo, a justificativa para a pesquisa sobre o nível de conhecimento da população e de setores profissionais sobre o TDAH é a de que “o diagnóstico e o tratamento podem ser dificultados pela existência de mitos acerca da doença” (Gomes *et al.* 2007, p.95), sendo a interpretação psicanalítica claramente colocada entre esses mitos. Configuram-se, portanto, dois pólos opostos, onde uma opção teórica ou de tratamento exclui necessariamente a outra.

Calderaro & Carvalho (2005), por sua vez, inserem-se de outro modo neste debate. Os autores discutem a necessidade do reconhecimento da depressão em crianças, já que seus sintomas podem ser mascarados e evidenciados através do TDAH: “Considerando-se que várias dessas crianças estavam sendo qualificadas como ‘desatentas’, ‘hiperativas’, ‘portadoras de tendência anti-social’, vê-se a importância do psicodiagnóstico para que elas pudessem ser atendidas naquilo que seus sintomas significavam: um pedido de ajuda” (Calderaro & Carvalho, 2005, p.188). Nesse artigo, a diagnose do TDAH enfrenta resistência, já que essa qualificação pode impedir o acesso aos significados “mais profundos” ligados à desatenção, hiperatividade, etc. Entretanto, importa apontar e diferenciar o psicodiagnóstico de depressão. O conceito do TDAH, de forma isolada, não é criticado, ou mesmo colocado em questão.

A relação de forças que se estabelece entre as diferentes perspectivas teóricas acerca dos distúrbios mentais se expressa, também, na disputa pela

primazia na intervenção terapêutica. Alguns de nossos artigos enfatizam o papel do psicólogo, que se sustenta, justamente, pela suposição de que os problemas são originalmente de ordem ambiental e/ou psíquica. Mondardo & Valentina (1998), por exemplo, apresentam o caso clínico conduzido através de psicoterapia breve de uma criança de oito anos cujos sintomas apontavam para a possibilidade de TDAH. O relato conclui sobre a falha materna que gerou problemas importantes em seu processo primário de estruturação psíquica e sobre a importância da intervenção psicológica:

“Estas constatações diagnósticas e prognósticas corroboram a importância do papel materno, não só nos primeiros meses de vida, mas ao longo de todo desenvolvimento infantil, contribuindo para a estruturação sadia do aparelho psíquico da criança. Papel este que, falhando ou apresentando comprometimentos, *pode ser reparado e reforçado mediante a intervenção psicológica*” (Mondardo & Valentina, 1998, grifo nosso).

Nesse artigo os autores parecem reivindicar para o psicólogo a prerrogativa de, mediante sua intervenção, *ajustar* no sujeito o que se apresenta como falha, compartilhando, em um certo sentido, com a psiquiatria biológica sua visão adaptativa.

Finalizando a análise dos artigos que compartilham da perspectiva psicogênica, examinamos como estes incluem a problemática educacional em suas reflexões. A maioria dos artigos lista sintomas que são considerados problemáticos na escola. Quer seja na descrição da motivação para o encaminhamento para clínicas psicológicas (Ferreira & Marturano, 2002), ou na descrição de casos, como ocorre nos demais artigos, relatam-se os problemas de mau desempenho escolar e as queixas frequentes por parte dos professores:

“A agitação, o desinteresse pela aprendizagem e as dificuldades de relacionamento com os colegas, levam a orientadora pedagógica a suspeitar para Rafael esse diagnóstico de hiperatividade. [...] Para os professores, ele é um aluno indesejado, desrespeitoso” (Santiago, 2006).

O aluno indesejado, que se impõe para a equipe escolar, abre o espaço de interlocução ou de simples encaminhamento entre os atores escolares e os especialistas, quer sejam eles psicólogos, psiquiatras ou neurologistas.

Nesse caso, como nos artigos do grupo ‘Medicina’, o ambiente escolar não é incluído na problematização sobre as causas do mau desempenho escolar. A exceção é o artigo de Antony & Ribeiro (2004), no qual se afirma que o aluno TDAH, por sua diferença, mobiliza a escola e coloca em cheque os modelos tradicionais e rígidos de educação:

“Essa criança lança um desafio aos educadores, aos pais, aos profissionais da saúde para uma mudança em seus modelos de pensamento, de intervenção, de interação. Ela não aceita ser vítima de métodos padronizados de ensino ou modelos educacionais rígidos. Anseia por criatividade, flexibilidade, afetividade e, sobretudo, ser tratada como sujeito responsável por seu processo de aprendizagem.”(ibid., p.133)

Aí, as diferenças de comportamento que a criança apresenta são ressaltadas como forma de questionamento do ambiente. Colocar em questão o processo educacional, nesse caso, não é apenas dizer que os professores e a escola devem ter atenção e métodos especiais para com os portadores do transtorno, de modo que eles possam adaptar-se às demandas escolares e alcançar o sucesso acadêmico.<sup>25</sup> A própria ideia dicotômica de bom e mau desempenho escolar deve ser revista quando se apontam tais comportamentos como forma de resistência aos métodos educacionais rígidos.

Vimos que mesmo as publicações que compartilham a perspectiva etiológica psicogênica e, portanto, assumem posições críticas às concepções teóricas que embasam o TDAH têm posturas muito distintas no debate com a psiquiatria biológica. Analisamos, em seguida, os artigos que possuem abordagem que chamamos sociais, em outras palavras, artigos que se voltam mais para o contexto em que determinadas práticas são engendradas do que para as condutas de desadaptação.

---

25 O discurso acerca da inclusão do aluno TDAH e da necessidade de adaptação da escola aos seus *déficits* será discutido no próximo capítulo.

Trata-se de três publicações, duas da área ‘Educação’ e uma da área ‘Psicologia’. Nenhum dos artigos menciona diretamente o TDAH ou mesmo a psiquiatria biológica. Todos partem de objetos, objetivos e abordagens diferentes entre si. Em comum, têm o questionamento de certas práticas, quer sejam da educação ou da saúde. Analisamos os artigos um a um, naquilo que trazem de contribuição para o campo que estamos delineando.

O primeiro artigo que discutimos (Freller *et al.*, 2001), do grupo ‘Psicologia’, tem estrutura semelhante aos outros artigos que possuem metodologia qualitativa. Trata-se do relato de experiência de uma intervenção feita por psicólogos com crianças e adolescentes com queixas escolares. O caso apresentado é o de um menino recomendado para o serviço de psicologia com relatos de comportamento de agitação e falta de concentração, que foi submetido a uma avaliação psicológica e cujo laudo solicitava atendimento neurológico, psiquiátrico e psicológico.

Contudo, é exatamente contra a psicologia clínica tradicional que estes autores se posicionam. Essa intervenção breve e focal, tem por objetivo despatologizar as crianças e evitar tratamentos psicoterápicos, segundo os autores, longos e desnecessários. A principal crítica feita à abordagem psicológica tradicional, é que esta excluiria a escola da produção das queixas de mau desempenho escolar:

“O atendimento psicológico tradicional, além de demorado, foca os mecanismos intrapsíquicos e as relações familiares, excluindo processos e práticas escolares que participam da produção e manutenção das dificuldades apresentadas pela criança na escola.” (Freller *et al.* 2001, p.130)

A proposta do atendimento é trabalhar com as situações que se relacionam com as dificuldades escolares com metodologia singular para cada caso que se apresente. Os casos mais graves, cujas questões extrapolam a problemática educacional devem ser encaminhados para atendimento terapêutico. Escutar todas as versões, da família, da criança e dos atores escolares, fazer as informações circularem, promover espaço de reflexão e tentar

potencializar a escola para que utilize seus recursos no manejo do problema apresentado, são algumas das orientações gerais relatadas.

Chamamos de social sua perspectiva etiológica porque o enfoque da problematização são as relações engendradas em um contexto político-educacional específico. Esse artigo considera que as dificuldades enfrentadas pela criança na escola têm sua origem em uma rede de relações que inclui a criança, a família e a escola, que se desenrolam dentro de “um contexto socioeconômico que engendra uma política educacional específica” (Freller *et al.* 2001, p.130).

Consideramos que sua sugestão de incluir a escola no manejo das crianças com dificuldades educacionais; sua suposição de que as dificuldades educacionais têm origem em uma rede de relações que inclui a escola; e sua crítica ao automatismo dos encaminhamentos e pedidos de laudos psicológicos e neurológicos, podem ser ferramentas de questionamento da lógica do TDAH. Ainda assim, é digno de nota que seja contra a psicologia clínica tradicional que os autores se posicionam explicitamente. Por um lado, não são os encaminhamentos psiquiátricos e o tratamento correspondente que estão sendo questionados explicitamente. Por outro, pode-se supor, pela mobilização crítica que suscita, que são ainda comuns os encaminhamentos de crianças com dificuldades escolares para tratamentos psicológicos tradicionais, com os quais o tratamento neuro-psiquiátrico disputa terreno.

Ratto (2006) analisa, de forma crítica, as narrativas presentes nos livros de ocorrência que registram comportamentos de indisciplina com o objetivo de corrigi-los. O texto parte de uma abordagem foucaultiana dessa prática da educação. O autor analisa os livros de ocorrência como parte de um conjunto mais amplo de práticas disciplinadoras próprias à escola “em que especialmente as crianças são caracterizadas, classificadas e avaliadas, tendo por meta principal a ‘ortopedia’ dos comportamentos avaliados como indisciplinados” (*ibid.*, p.1261). Nesse sentido, este artigo não dialoga diretamente com a saúde, mas coloca em questão uma prática da educação. A narrativa de certos

comportamentos e dos encaminhamentos que se pensou necessários, “aos setores psicológicos, médicos, assistenciais, ao Conselho Tutelar” (ibid.) pode ser compreendida em meio a um leque mais amplo de técnicas de classificação e objetivação das crianças.

Lima (2006) tem por objetivo desnaturalizar, a partir de uma investigação histórica, também de orientação foucaultiana, o fenômeno que, de tão comum parece inevitável: “a presença de um contingente de alunos problemáticos que enfrentam dificuldades de adaptação ao ambiente escolar” (ibid., p.127). Trata-se de uma investigação histórica sobre como os discursos especializados produziram, a partir da década de trinta, a ‘criança-problema’, como a tornaram visível e governável.

As crianças-problema não eram consideradas portadoras de anomalias físicas como as crianças anormais, mas sim psicológicas e eram, portanto, educáveis. Analisa-se o discurso e as práticas de médicos, psicanalistas e pedagogos de avaliar as crianças de acordo com certos regimes de verdade e critérios de normalidade:

“Verificou-se como a criança difícil de educar foi “mapeada”, mediante o recurso às observações de suas atitudes na escola, o emprego de testes psicológicos e a elaboração de estudos de caso que procuravam registrar as múltiplas determinações dos desajustamentos escolares.” (ibid.)

Nesse artigo, portanto, o foco são os discursos especializados da década de trinta, em especial a psicanálise. Para esses especialistas era necessário conhecer as individualidades para que as crianças pudessem se adaptar e agir com autonomia no espaço de liberdade regulada que são as escolas.

Os dois artigos em ‘Educação’ partem de uma perspectiva crítica de análise pelo viés foucaultiano e, portanto, não focam o aluno ao abordar sua problemática educacional e comportamental. Ainda que não neguem a *diferença* desses alunos – atos indisciplinados foram cometidos, crianças antes excluídas do sistema educacional puderam frequentar escolas, ainda que tivessem



dificuldade de adaptação segundo os padrões educacionais na década de trinta – essas publicações orientam-se, em seus questionamentos, para o contexto no qual essas crianças se tornam objeto de olhar e de intervenção, seja por partes de profissionais da saúde ou da educação. Nesse sentido, podem ser pensados como alternativas ao discurso naturalizante da psiquiatria biológica. Importante ressaltar novamente que nenhum destes tem por objeto a psiquiatrização dos comportamentos desadaptados na educação na atualidade ou o diagnóstico de TDAH.

A análise das publicações não-médicas nos aponta para uma diversidade teórica e metodológica que se contrapõe à pasteurização que marca as produções do grupo ‘Medicina’. Ao estabelecer como critério para seleção de artigos apenas o fato destes tomarem por objeto de análise ou investigação certos comportamentos de desadaptação infantil, colocamos em diálogo uma literatura potencialmente heterogênea. Ao fazer essas publicações, algumas à primeira vista muito diferentes entre si, entrarem em contato ou tensão, iluminamos uma articulação possível entre os diversos elementos que compõem nosso campo de estudos.

A seguir, nos voltamos para o discurso psiquiátrico engajado na legitimação do TDAH, porém o analisamos na sua versão popular. Trata-se de trabalhar mais uma conexão, outro ponto de articulação e reforço. O diálogo que este discurso estabelece com o público leigo, por nos fornecer um outro *leitor* e outras regras de enunciação sobre a nossa problemática, nos ajudará a complexificar e acrescentar outros elementos para nossa análise.

### **3.3. A divulgação científica: o material disponível no site da ABDA**

Investigamos como o discurso que se volta especificamente para o público leigo se organiza. A *Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA)* é a principal associação para divulgação do TDAH no Brasil e conta entre seus membros com “especialistas em TDAH”, com portadores e familiares. É

responsável pelo *site* brasileiro sobre TDAH mais acessado através das pesquisa *Google*, recebendo, em média, mensalmente, 40.000 visitas.<sup>26</sup> Seu núcleo científico tem participação de pesquisadores ligados a todos os cinco principais grupos de pesquisa sobre o TDAH no Brasil<sup>27</sup> (*apud.* Itaborahy, 2009, p.69). A entidade conta o patrocínio da *Novartis*, empresa farmacêutica responsável pela produção de Ritalina, e da *Janssen-Cilag* Farmacêutica, que produz o Concerta, ambos medicamentos prescritos para o tratamento do TDAH (ABDA, 2009a).

O *site* disponibiliza gratuitamente informações sobre a própria ABDA e o TDAH, bem como sobre eventos a serem realizados pelas colaboradoras, como congressos, cursos de capacitação e inauguração de novas colaboradoras. Deixa também textos, reportagens e vídeos, sendo alguns abertos para todos e outros somente para associados. O *site* estimula ainda a associação de interessados à ABDA e oferece um curso à distância de atualização para educadores (Figura 2).

Os textos disponibilizados, um total de treze, trazem depoimentos e informações sobre o transtorno. São trinta e três reportagens com informativos de eventos já realizados; esclarecimentos sobre o transtorno e suas consequências; respostas a reportagens veiculadas por jornais e revistas, bem como informações sobre grupos de apoio e sobre direitos do portador. Dessas, doze tratam de questões relativas à educação. Os vídeos disponibilizados de forma livre são seis, num total de três programas. São participações de membros da ABDA em programas de televisão, além de um vídeo informativo patrocinado/produzido pela Janssen-Cilag.

Analisamos todo esse material de forma qualitativa. Os argumentos e temas são bastante recorrentes. De maneira geral, trazem informações sobre o TDAH e sobre seu tratamento com linguagem acessível. Trata-se de histórias pessoais em forma de depoimento, com forte carga emocional e textos e

26 Informação prestada por e-mail pela equipe ABDA, em 27 de novembro de 2008.

27 GEDA- Grupo de Estudos de Déficit de Atenção. Ligado ao Instituto de Psiquiatria, IPUB da UFRJ; ProDAH- Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade (adultos). Ligado à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS); Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; ADHDA - Ambulatório para Distúrbios Hiperativos e Déficit de Atenção (crianças e adolescentes); UNIAD/ UNIFESP- A Unidade de Pesquisa em Alcool e Drogas (UNIAD), ligada à UNIFESP

reportagens que defendem árdua e sistematicamente o carácter científico e biológico do TDAH.

Figura 2: O site da ABDA.

The screenshot shows the website of the Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). The browser window title is "TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - Mozilla Firefox". The address bar shows "http://www.tdah.org.br/". The page header includes the ABDA logo and the text "Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA" and "Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH".

The page layout is divided into three main sections:

- Menu principal (left):** Contains navigation links such as "Pergunte ao Especialista", "Sobre a ABDA", "Sobre o TDAH", "Profissionais Associados", and "Onde Tratar".
- Corpo da página (center):** Features several content blocks:
  - Cadastro de Profissionais:** A section for registering medical and psychological professionals.
  - eventos sobre TDAH:** A section for events, including a "Grupo de Apoio a Pais e Portadores" in Rio de Janeiro.
  - Reportagens:** A section for reports, featuring a "CURSO DE CAPACITAÇÃO NO ACRE" with an accompanying photo.
  - Textos:** A section for articles, including one about the 10th anniversary of the ABDA.
- Canto lateral direito (right):** Contains a prominent "ASSOCIE-SE" (Join Us) call to action, a list of benefits for members, and a section for "Conheça as EMPRESAS PARCEIRAS" (Meet our partner companies), listing sponsors like JANSSEN-CILAG and NOVARTIS.

**Menu principal** – à esquerda na página principal, com acesso às seções e sub-seções fixas.

**Corpo da página** – chamadas a algumas seções fixas, organizados de forma central na página

**Canto lateral direito** – “ASSOCIE-SE” e “Conheça as EMPRESAS

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção foi fundada em 1999. Sua sede fica no Rio de Janeiro e possui sete colaboradoras no país (São Paulo; Volta Redonda; Salvador; Vitória; Passos; Belo Horizonte; Caxias do Sul). Segundo a ABDA (2009b), a função das entidades colaboradoras está circunscrita a: promover a educação sobre o TDAH, aumentando o entendimento dos portadores, familiares e profissionais de saúde e educação; promover o reconhecimento do transtorno e seu tratamento adequado; e orientar e apoiar portadores e familiares.

O *site* disponibiliza uma “Carta de Princípios” (ABDA, 2009c) norteadores que devem ser defendidos pelos associados, na qual encontramos afirmações sobre a sua condição de “transtorno médico verdadeiro”, passível de ser diagnosticado e tratado. Uma grande importância é dada, na “Carta”, para o direito e a responsabilidade que a sociedade tem de tornar possível o reconhecimento do transtorno e o encaminhamento para tratamento especializado. Transcrevemos aqui alguns itens listados nela, e que remetem diretamente à afirmação da necessidade de circulação de informações sobre o transtorno: “O TDAH é muito pouco diagnosticado e tratado na população em geral”. O portador do transtorno tem “o direito de ser reconhecido como portador de um transtorno médico sério” e o de “tomar decisões baseadas nas informações científicas disponíveis acerca dos benefícios, riscos e custos do tratamento de acordo com a individualidade de cada caso”. O aluno TDAH, segundo essa carta de princípios, deve receber “um atendimento especial pelos educadores e instituições” e, por sua vez, os educadores têm “a responsabilidade de conhecer os sintomas de TDAH”, informar a família e encaminhar para serviços especializados que ofereçam aconselhamento e atendimento (ABDA, 2009c).

Para que familiares, portadores e profissionais de educação possam tornar-se associados da ABDA, é necessário que concordem em ser signatários da “Carta de Princípios” e em contribuir com uma única doação de R\$ 110,00. Ao final da lista de benefícios individuais adquiridos ao se tornar um associado,

observa-se que este “ajuda a divulgar o TDAH no nosso meio e permite que mais pessoas com o transtorno possam ser diagnosticadas e tratadas adequadamente” (ABDA, 2009d).

A Associação está firmemente engajada na divulgação deste diagnóstico para o público leigo e na sua legitimação na sociedade. A insistência na necessidade de oferecer informações “verdadeiras” sobre o TDAH parte da suposição de que os interlocutores aos quais se dirige, provavelmente a sociedade como um todo, são carentes de informação ou, ao menos, de informações corretas.

A investigação desse material contempla as seguintes questões: com quem e contra quem a ABDA pretende afirmar um determinado tipo de discurso? Como apresenta suas informações – quais recursos ela utiliza para apresentar a sua verdade? Quais as conexões que estabelece com o discurso presente nas publicações científicas? Quem são seus interlocutores privilegiados e o que pretende ao se dirigir a eles?

A análise deste material nos permitiu discutir a importância da divulgação do TDAH para o público leigo no processo de estabelecimento do *fato* TDAH. Utilizamos, mais uma vez, alguns conceitos propostos por Fleck (1986), quando este afirma a necessidade de legitimação social para o estabelecimento de qualquer conceito nosológico. O autor coloca que há uma relação de interdependência entre o círculo dos especialistas, o círculo esotérico, que produz o conhecimento, e o círculo exotérico, no qual estariam os outros membros que participam do mesmo coletivo de pensamento, mas que teriam com esse conhecimento uma relação periférica, mediada pelos especialistas. Fleck, ao postular essa interdependência, valoriza o saber popular como um problema epistemológico.

O saber exotérico surge a partir do saber esotérico. Essa relação passa necessariamente por um processo de simplificação artificial do conhecimento e tem como condição a confiança nos especialistas, na comunidade científica.

Simplificar supõe expor o saber científico de forma dogmática. Isso se dá porque, ao suprimir as provas lógicas às quais os especialistas recorreram para postularem suas conclusões, essa comunicação intelectual convence, não pela lógica, mas pela confiança nos iniciados. Nesse sentido, o discurso de autoridade produz efeitos sociais, cria hábitos de pensamento, forma a opinião pública: “As palavras que anteriormente eram termos simples, convertem-se em gritos de guerra [...] adquirem força mágica, pois já não influenciam intelectualmente por seu sentido lógico [...] mas por mera presença” (ibid., p.89). Assim, muito é omitido: o processo sempre complexo de construção de um saber, as possíveis divergências entre os cientistas, as limitações, bem como as ressalvas a que o especialista é obrigado a recorrer para fazer uma afirmação.

A característica dos materiais destinados à divulgação é a “omissão dos detalhes e, principalmente, das concepções discutíveis” (Fleck, 1986, p.161). Pode-se dizer que esses conceitos são postulados de tal modo dissociados do seu processo de produção, que aparecem como se possuíssem uma existência objetiva, como se sempre estivessem estado potencialmente presentes a espera apenas da grande descoberta científica. Ao ocultar os desvios e as contradições inerentes ao processo pelo qual um conceito é forjado e legitimado dentro de uma comunidade científica, esse tipo de edição tende a criar uma relação específica com a ideia de verdade.

Assim, na sub-seção “O que é o TDAH”, organizada em forma de perguntas e respostas, as quatro primeiras perguntas são as seguintes: “O que é o TDAH?”; “Existe mesmo o TDAH?”; “Não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?”; “Por que algumas pessoas insistem que o TDAH não existe?” (ABDA, 2009e). A preocupação acerca das divergências quanto à realidade deste transtorno é evidente. As respostas nos indicam o que, de acordo com a ABDA, garantiria sua credibilidade junto aos leitores.

Vamos a elas. A resposta à segunda pergunta é:

“Ele é reconhecido oficialmente por vários países e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns países,

como nos Estados Unidos, portadores de TDAH são protegidos pela lei quanto a receberem tratamento diferenciado na escola” (ibid.).

Essa resposta nos indica que o que confere existência ao Transtorno é seu reconhecimento no campo social e no campo científico. Essa afirmação é formulada de maneira a encerrar a questão. Entretanto, se a colocarmos no centro de nossas interrogações, ela pode, ao contrário, abrir novos debates. Ao nos perguntarmos, aproveitando-nos da resposta da ABDA, “o que faz deste um transtorno reconhecido oficialmente por vários países e pela OMS, além de objeto de leis específicas no campo educacional em um país como os Estados Unidos?”, a questão: “o TDAH existe mesmo?” deixa de ter uma resposta simples e unívoca, tal como aparece no *site*.

A terceira e a quarta respostas – respectivamente às perguntas: “Não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?”; “Por que algumas pessoas insistem que o TDAH não existe?” - são: “Não, nenhuma. Existe inclusive um Consenso Internacional publicado pelos mais renomados médicos e psicólogos de todo o mundo a este respeito [...]” e

“Pelas mais variadas razões, desde inocência e falta de formação científica até mesmo má-fé. Alguns chegam a afirmar que 'o TDAH não existe', é uma 'invenção' médica ou da indústria farmacêutica, para terem lucros com o tratamento. [...]” (ibid.)

Essas respostas nos mostram que é mais fácil obter-se consenso quando, deliberadamente, se excluem todas as possibilidades de posições contrárias ao TDAH. A controvérsia no meio científico é negada ou afirmando-se que os discordantes não são cientistas ou denunciando as intenções daqueles que “que pretendem ‘vender’ alguma forma de tratamento diferente daquilo que é atualmente preconizado” (ibid.). Essa acusação é idêntica análoga àquela que o próprio TDAH sofre, de que este transtorno seria uma invenção médica ou da indústria farmacêutica para ter lucros com o tratamento. A controvérsia, ao contrário do que afirma a ABDA, mostra-se, portanto, acirrada e polarizada.



O tom dogmático, a simplificação das contradições, como vimos em Fleck (1986), são próprios, de maneira geral, às ferramentas de popularização do saber científico. Ainda assim, no caso do TDAH, as contradições internas ao discurso, as omissões das controvérsias e dos meios de produção e legitimação do diagnóstico nos convocam a uma posição crítica com relação aos efeitos benéficos tão alardeados pelos portadores e familiares em seus depoimentos publicados no *site* e pelos especialistas, que se colocam a missão de salvar a sociedade da ignorância e do sofrimento.

Transcrevemos aqui um texto apresentado no *site* na íntegra, o que se justifica pela quantidade de questões importantes que condensa para nossa problemática. Trata-se da descrição da história de uma menina que teve a “vida mudada” após a descoberta do transtorno. Comparecem, aqui, questões que atravessam todo o material da ABDA e que constituem os eixos de análise deste item: a colocação da ciência e do conhecimento, representados pelo saber neuropsiquiátrico sobre o TDAH, como o caminho da verdade; o embate com a psicanálise; o trabalho contra a resistência ao uso da medicação, que tem por argumento o caráter biológico da doença, mas cujo uso parece “curar” desajustes sociais, mais do que a própria disfunção biológica; a problemática do (bom) desempenho social e acadêmico, que nos coloca a questão de qual a performance adequada para que sejamos considerados normais. Discutimos essas questões, que, de fato, se misturam, a partir do texto e de outros exemplos presentes no material da ABDA.

Vamos ao texto. Seu autor, Paulo Bitencourt, após assinatura, refere si como “jornalista e portador de TDAH” (ABDA, 2009f).

“Marcinha (nome fictício) tem hoje 7 anos. Distraída e avoada, frequentemente passeia pelo “mundo da lua”, sonhando com seres imaginários e com mil fantasias na mente. Gosta de desenhar e é muito meiga e carinhosa. Com as irmãs mais velhas, porém, estava sempre em desvantagem, não pela idade inferior, mas pelo seu temperamento bonachão, passivo e desarmado. As outras sempre lhe pregavam peças, pois estava sempre distraída e despreparada. Fazem piadas, joguetes e provocações para testar a atenção e

a presença de espírito de quem estiver por perto. Algumas crianças não sabem lidar com este tipo de jogos e estão sempre perdendo, formando um conceito interno de “molenga”, “boba”, “retardada” e outros adjetivos semelhantes. Gradualmente, desde a tenra infância, vão-se acumulando, camada após camada, rótulos de incompetência pessoal em relação aos outros. O autoconceito formado é de inadequação, inferioridade, incompetência, etc. A auto-estima é destruída, ou nunca se forma. A criança cresce tímida, inibida, inferiorizada e com dificuldades de ajustamento que vão durar por toda a vida [...]”.

Nos artigos científicos vimos como os comprometimentos sociais trazidos pelo transtorno são citados como um dos principais impactos na vida do portador. Ao analisar os depoimentos e textos que encontramos na ABDA, esse “impacto” ganha outro colorido. No caso de Marcinha, pode-se compreender como se dá a passagem dos *déficits* primários do TDAH para os problemas de ordem social a que a criança fica exposta.

Neste texto, descreve-se como uma menina doce e boa, mas com problemas de atenção, acaba por ter problemas sociais e de auto-estima. Sua dificuldade não parece ser a desatenção em si. Ela é descrita como uma menina fantasiosa e sonhadora, de bom temperamento. O problema aparece como sendo exclusivamente de adaptação, são os rótulos de incompetência e o autoconceito de inadequação que a fazem crescer como uma menina tímida, inferiorizada e frustrada.

Nesse texto podemos apreender duas operações, de fato indissociáveis, muito comuns neste uso que se faz da história pessoal para legitimar e universalizar o sofrimento trazido pelo TDAH, em outras palavras, o impacto do transtorno: em primeiro lugar, naturaliza-se uma cena de disputa e competitividade. Em segundo lugar, a história individual de Marcinha adquire força na medida em que ela anuncia um destino comum de sofrimento para qualquer outro indivíduo que se identifique com suas características.

Esta história nos conta como é necessário, para “se sair bem” nas relações sociais, ser esperto e estar “ligado”. Define-se o que é valorizado em

nosso “mundo hostil” (ABDA, 2009f), já que não parece haver quaisquer vantagens no comportamento avoado e sonhador de Marcinha. Não são questionadas a relação entre as crianças ou a atitude das irmãs mais velhas e não parecem haver outras possibilidades para esta menina que não a frustração social. Nesse sentido, se a cena de competitividade é inelutável, a “Marcinha” é generalizada. Diz-se que algumas pessoas são simplesmente incapazes de lidar bem com as provocações e jogos para testar a presença de espírito e, nesse caso, “perdem”, ficam em “desvantagem”. O destino irremediável e devastador para *todas* as crianças com esse comportamento passa a ser o da frustração e o da rejeição. Se os rótulos de incompetência social são acumulados camada após camada, é porque a cena se repete indefinidamente. Continuemos a história de Marcinha:

[...] “O que Marcinha tem foi diagnosticado, recentemente, como Transtorno do Déficit de Atenção, ou, conforme a sigla, TDAH. Este transtorno já foi motivo de centenas de estudos científicos em todo o mundo. De modo semelhante, existem outros distúrbios causados por mau funcionamento químico dos neurotransmissores. Desde os anos 70/80 do século passado a Psiquiatria sofreu uma retumbante transformação. O conhecimento do funcionamento do cérebro era ignorado, pois predominavam as teorias da “mente”, principalmente a Psicanálise. Como não se conhecia o funcionamento do cérebro, os teóricos agarraram-se às hipóteses sem comprovação e ao “achismo”, mas sem curas. Hoje, o cenário inverteu-se: os psiquiatras abandonaram estas teorias e passaram a estudar o funcionamento físico-químico do cérebro, descobrindo porque uma criança, como Marcinha, é distraída e avoada: uma deficiência química, de causa genética! [...]”

Após a descrição da história individual e dos comportamentos de Marcinha, com os quais, aliás, muitos de nós podem se identificar, o autor parte para uma defesa contundente do TDAH. Por um lado, afirma sua cientificidade, já que foi objeto de centenas de estudos científicos, por outro, defende, por comparação, o mesmo estatuto para o TDAH que teriam outros distúrbios de mau funcionamento de neurotransmissores.

O que sustenta a defesa do TDAH e atravessa toda a argumentação publicada no *site* é a afirmação do seu caráter científico. Em um texto-resposta a uma matéria intitulada “Hiperatividade: isto explica tudo?” do jornal O Globo, a ABDA (2009p) critica a mistura de opiniões aí veiculadas sobre o TDAH. Os jornalistas, segundo essa concepção, deveriam ter formação científica suficiente para valorizar o que é demonstrado *cientificamente*:

“A 'opinião' de alguns dos entrevistados [...] são fundamentadas em alguma pesquisa? Onde foram publicadas? Os entrevistados fazem parte de um grupo de pesquisa? Quais as suas publicações que são mencionadas em documentos oficiais, consensos internacionais, etc?” (ibid).

O adjetivo “científico” pode ser compreendido como um recurso retórico, diretamente ligado à legitimação social do TDAH. O leitor é reportado aos “estudos científicos” que conferem ao transtorno caráter de verdade automático. Desse modo, ele é convocado a se posicionar diante dessa verdade, que adquire *status* de autoridade. Não apenas se afirma a maior cientificidade dessa forma de compreensão em detrimento de outras, mas as pessoas são remetidas aos instrumentos que garantiriam esse status. Assim, a organização do círculo esotérico, os acordos científicos em torno do diagnóstico e o tipo de pensamento e de pesquisa que está sendo produzido têm impacto direto sobre a vida cotidiana das pessoas, ainda que suas informações se apresentem amputadas das controvérsias, das divergências e das limitações que a análise dos estudos científicos revela.

Deve-se conhecer, portanto, as “verdades científicas”, que adquirem tanto mais autoridade quanto mais desvinculadas do seu processo de produção. Em um programa de entrevistas do Jô Soares disponibilizado pelo *site* ABDA (sem referência de data), Mattos (ABDA, 2009w) nos mostra a importância de que todos nós nos apropriemos das informações científicas. Nesse sentido, as informações “corretas”, por intermédio de quem as divulga, assume o lugar de prestígio que já foi conferido às personalidades, aos grandes médicos ou professores.

“O melhor que você, vocês todos do mundo inteiro, podem fazer pelas pessoas, é simplesmente explicar o que é medicina baseada em evidências. [...] hoje em dia não há mais lugar pra essa medicina das opiniões pessoais dos grandes professores, dos médicos eminentes. Eu sou professor, sou professor adjunto, tenho mestrado, tenho doutorado e tô fazendo pós-doutorado, mas isso não me qualifica a emitir opinião sobre TDAH, tudo que tô falando aqui, foram publicadas em revistas científicas.” (ABDA, 2009w, *sic*)

As relações de confiança humanas são substituídas pela crença em uma verdade objetiva que as transcenderia.

O tom messiânico que muitas vezes encontramos nos textos disponíveis no *site* contrastam, entretanto, com esses argumentos de rigor científico. A ciência e o conhecimento aparecem como a salvação para as humilhações e rótulos que as crianças estão condenadas a sofrer. Como veremos a seguir, Marcinha encontra o seu caminho graças ao medicamento e à orientação de um psiquiatra “que abandonou as teorias do passado e estuda a ciência do presente” (ABDA, 2009f). A imagem da divisão entre o caminho certo e o caminho errado fica evidente, também, na seguinte citação: “Por cada consultório que passamos, sentimos a dor de contar mais uma vez nossa história e temos que acreditar que, desta vez seremos compreendidos, que desta vez nos mostrarão o caminho certo a seguir” (ABDA, 2009g).

Nessa disputa “entre consultórios”, é através da relação que se estabelece com a ideia de verdade, que a psiquiatria biológica se opõe à psicanálise. Desfiam-se os antônimos: conhecimento e teoria sem comprovação; cérebro e mente; descoberta e “achismo”, entre outros (ABDA, 2009f). O embate que podíamos presumir na análise dos artigos científicos ganha, nas publicações da ABDA, ares de uma guerra declarada.

A importância desta disputa com a psicanálise fica ainda mais evidente em outro exemplo, presente em um texto intitulado: “TDAH em adultos: um ‘transtorno oculto’” de Sérgio Bourbon Cabral (ABDA, 2009i), psiquiatra e membro da diretoria da ABDA. O autor, em uma linguagem bem “psicologizada”,

aponta para a possibilidade de comprometimentos da dinâmica psíquica do portador, devido ao não reconhecimento precoce do transtorno. A criança, nesse caso, crescerá com escassez de elogios e respostas positivas de admiração, essenciais para “a estruturação de um self saudável” (ABDA, 2009i). Os problemas de interação social daí resultantes, ainda segundo o autor, podem persistir mesmo depois que o transtorno já está sendo tratado. Para esses casos, sugere:

“uma psicoterapia conduzida por profissional com boa informação sobre o TDAH, do contrário poderão surgir interpretações sobre os atrasos, os esquecimentos, as desatenções, que só farão aumentar a carga de culpa do portador” (*ibid.*)

Nem para os ‘problemas psicológicos’ a psicanálise é admissível como ferramenta terapêutica. O argumento é o de que a intervenção psicanalítica prejudica o paciente com TDAH. O sintoma da desatenção parece constituir, de fato, um objeto de intervenção comum que, em cada caso, adquire significações opostas. A descoberta de que a distração de Marcinha é, na realidade, “uma deficiência química, de causa genética” (ABDAf) impede qualquer inclusão da sua história de vida na compreensão do sintoma. Se o esquecimento é interpretado psicanaliticamente, se a desatenção torna-se ato falho, a explicação neuro-psiquiátrica (ao menos a mais reducionista) é colocada em xeque.

Quando acessamos o item “Tratamento” (ABDA, 2009j), além de uma tabela com os medicamentos utilizados para o TDAH, que contém informações como a dosagem e a duração do efeito da medicação, encontramos a seguinte observação:

“A psicoterapia que é indicada para o tratamento do TDAH chama-se 'Terapia Cognitivo Comportamental'. Não existe até o momento nenhuma evidência científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas de TDAH” (*ibid.*).

Itaborahy (2009), que analisou publicações científicas brasileiras acerca do uso do metilfenidato, coloca que nessas publicações não há qualquer pesquisa

que indique maior eficácia da associação do tratamento medicamentoso à terapia cognitivo-comportamental. Ao contrário, “nos periódicos de psiquiatria, o uso do estimulante isolado é superior ao uso combinado com terapia” (Itaborahy, 2009, p.90). A insistência com que a terapia cognitivo-comportamental é indicada como a única com eficácia cientificamente comprovada, a despeito das evidências produzidas pelos próprios partidários do TDAH, parece ligada tanto a uma compatibilidade teórica e metodológica – à importância fenomenológica dos sintomas – quanto à necessidade de se romper com a psicanálise e, junto, com a ideia de uma dimensão psíquica que porta o sentido do sujeito.

A psicanálise é criticada por sua falta de cientificidade e é acusada de culpabilizar o ambiente familiar pelos problemas de origem biológica infantis, gerando ainda mais frustrações. A presidente da ABDA, Iane Keltsman, dedica a melhora de seu filho após a descoberta do transtorno, ironicamente, aos:

“terapeutas' que tanto insistiram na tese de que TDAH não existe, que era uma doença inventada pela Indústria Farmacêutica, que a medicação era absolutamente perigosa e desnecessária, que se tratava de “falta de limites, culpa minha, complexo de Édipo, blá, blá, blá...” (ABDA, 2009k)

e agradece-os por poder ver o quanto estavam equivocados .

O discurso psiquiátrico na sua versão popularizada investe, assim, na ideia de que a aceitação do TDAH possibilita a desculpabilização do portador. Trata-se de uma diferença *biológica* com a qual o indivíduo e sua família têm que aprender a lidar. Se o portador é descrito como não culpado pelo seu problema biológico, acentua-se a necessidade de aceitar-se TDAH e de assumir uma determinada postura subjetiva em função desta aceitação. Nesse sentido, a despeito da afirmação reiterada da sua causalidade orgânica, a dimensão propriamente psicológica no seu manejo está o tempo todo presente nos depoimentos sobre a descoberta do TDAH.

Em alguns depoimentos declara-se que a significação biológica que os comportamentos desadaptados adquirem, a possibilidade de se identificar com

outros portadores que passam pelas mesmas dificuldades, já leva à resolução dos problemas: “Saber que eu tenho déficit de atenção, ler o quanto outras pessoas sofrem como eu sofria, já é uma grande cura.” (ABDA, 2009l). A “cura”, nesse caso, está longe de ser uma reparação puramente química para os problemas presumidamente orgânicos.

É preciso saber-se e aceitar-se TDAH. Descobrir o transtorno, dar um sentido para o sofrimento, identificar-se com outras pessoas, aparece em muitas das narrativas que analisamos como solução. Os relatos, em geral, apontam para a transformação possibilitada por esta nova compreensão: “por saber que durante toda a minha vida fui tratado como um problema e, de repente, descobri que, em boa parte, as coisas aconteceram devido a um transtorno. Eu sempre fui diferente, mas agora estava encontrando o meu lugar.” (ABDA, 2009m) As sensações relatadas são de alívio, de compreensão, de pertencimento e de ter encontrado o caminho certo a seguir.

O alívio, as possibilidades de identificação com outros portadores, e de sentido para o sofrimento, estão atrelados à compreensão de que se é portador de um *déficit* biológico, o que necessariamente levará o indivíduo que se aceitou TDAH a administrar o transtorno medicamente. Finalizamos, a seguir, a história de “Marcinha” e voltamo-nos para a relação que se estabelece entre disfunção biológica, intervenção química e cura social.

“[...] Marcinha está diagnosticada corretamente. Sua mãe entendeu e aceitou a orientação médica e já está vendo os resultados positivos. Uma medicação específica para balancear o desequilíbrio químico do cérebro de Marcinha está permitindo que ela tenha uma capacidade de concentração semelhante à de outras crianças e não fique mais voando, distraída, sendo alvo de pilhérias e humilhação. Sua auto-estima está crescendo e progride na sua integração social. O melhor de tudo é ver que a felicidade está estampada no seu rosto, porque agora ela tem desempenho equivalente ao das demais crianças e não é mais segregada. O acompanhamento médico é mínimo, apenas para avaliação. Nem mesmo terapias cognitivas, aulas particulares, ou turmas especiais no seu caso.



Marcinha está encontrando o caminho da integração social neste mundo exigente e hostil graças a um medicamento e uma orientação segura e atualizada, por um psiquiatra que abandonou as teorias do passado e estuda a ciência do presente. Marcinha tem um bom prognóstico. O palpite é que conseguirá integrar-se socialmente e aprenderá a conviver com o seu desequilíbrio químico natural. Enquanto isto, milhões de outras crianças ainda estão condenadas a sofrerem humilhações e serem rotuladas como incapazes, inferiores ou – pasmem –, como estúpidas ou burras, sem futuro, etc. Por este motivo, este esforço de divulgar informações científicas atuais e comprovadas, para que mais e mais indivíduos alcancem uma melhor qualidade de vida.”

A orientação médica que a mãe de Marcinha precisou entender e aceitar, como vemos, é equivalente ao seguimento da terapêutica medicamentosa. No material presente no *site* da ABDA, demonstra-se grande preocupação com a resistência social ao uso do psicoestimulante, a que se chama “preconceito” (ABDA, 2009q). O investimento que encontramos em afirmá-lo como um remédio seguro, “conhecido pelos pouquíssimos efeitos colaterais” (ABDA, 2009r) é proporcional à controvérsia que a temática suscita.

A mídia torna-se, acerca dessa temática, um dos principais focos da reação da ABDA. A Associação critica reportagens que teriam o intuito de manipular a opinião pública contra o TDAH e seu tratamento. Em um exemplo desse tipo, Mattos (ABDA, 2009s) responde no *site* a uma reportagem da BAND, sem referir sua localização, que o teria acusado de influenciar os demais médicos com publicações encomendadas pela indústria farmacêutica. O autor, em sua defesa, entre outros argumentos, afirma que as publicações em revistas médicas são sempre custeadas com publicidade, independente da especialidade, e “uma publicação destinada a psiquiatras terá, por conseguinte, publicidade de medicamentos de uso psiquiátrico”(ibid.). Além disso, afirma que “em obediência aos princípios de transparência que regem as publicações científicas, todos os autores, sem exceção, informaram todos os potenciais conflitos de interesses (verbas para pesquisa, participação em comitês de indústrias farmacêuticas, etc.)” (ABDA, 2009s).

Com relação ao primeiro argumento, podemos nos questionar em que medida a relação de necessidade entre publicidade e publicação não acaba por produzir um campo onde todos os autores concordam com uma mesma perspectiva.<sup>28</sup> O argumento de autoridade conferido pela ABDA às informações sobre o TDAH que foram publicadas em revistas de prestígio (ABDA, 2009p), que discutimos acima, relativiza-se na medida em que as regras que regem as publicações científicas não são isentas de questões políticas, econômicas e, mesmo, culturais. Já o segundo argumento, que ressalta os princípios de transparência científica, nos faz questionar porque o próprio autor quando publica artigos não se preocupa em relatar seus possíveis conflitos de interesse. Mattos participa de um grupo de pesquisa financiado pela *Janssen-Cilag* (GEDA) e, dos sete artigos que assina, dentre os analisados por nós, apenas em um consta observação sobre o patrocínio, descrita da seguinte forma: “Potenciais conflitos de interesse: O GEDA – UFRJ recebe suporte de pesquisa do Laboratório *Janssen-Cilag*. Isabella Souza é palestrante do Laboratório *Janssen-Cilag*” (Souza et al, 2007, p.18).

Uma reportagem da revista *Nova Escola* foi, também, alvo de réplica por parte da ABDA (2009t). Paulo Mattos teria sido entrevistado para uma matéria sobre a prescrição excessiva do medicamento em crianças. Ele explicou que, “ao contrário do que a jornalista pensava o aumento das vendas não era suficiente para tratar nem 5% dos portadores no Brasil” (ABDA, 2009t), dado este que a revista teria omitido para “confirmar uma opinião ‘pré-concebida” (*ibid*). O argumento da taxa de prevalência parece servir para neutralizar a crítica recorrente sobre o excesso medicamentoso. Apesar do aumento de 95% nas vendas dos remédios em quatro anos – “Em 2000, foram vendidas 71 mil caixas de metilfenidato. Em 2004, 739 mil” (*ibid*) – muitas crianças TDAH ainda estariam sem tratamento, segundo essa lógica, que desconsidera, por exemplo, diferenças regionais na prescrição de Ritalina em um país com a diversidade e o tamanho do Brasil.

---

28 Aprofundamos essa discussão no terceiro capítulo.

Neutralizadas as críticas e os “preconceitos”, o grande argumento para se administrar uma substância química para regular uma disfunção dita biológica é “tratar” as dificuldades sociais, como vimos no caso de Marcinha. Rohde (ABDA, 2009u) nos convida a comparar o uso da medicação com os malefícios trazidos pelo TDAH:

“Quando se tem a opção de se medicar uma pessoa, é preciso fazer uma comparação com a opção de não medicá-la. O TDAH não tratado está associado a diversos problemas, que vão de dificuldades na escola, problemas no emprego e nas relações interpessoais a maior risco de dependência química, uso de drogas e acidentes de trânsito” (*ibid.*).

Nessa fala, o remédio aparece como a salvação para uma série de possíveis problemas sociais futuros.

No caso de Marcinha, o remédio possibilitou que ela apresentasse “capacidade de concentração semelhante a das outras crianças” e, em consequência alcançasse “desempenho equivalente” (ABDAf) a estas. Essa é uma questão cara à nossa investigação, na medida em que ela se relaciona ao problema da expectativa social e do desempenho que nos é exigido. Aqui, a questão acadêmica comparece novamente com força.

A ideia de desempenho equivalente, que supõe que a criança TDAH está em desvantagem com relação às demais pauta a abordagem da ABDA sobre a questão educacional. Há duas reportagens que tratam do desenvolvimento de legislação para incluir o TDAH como necessidade educacional especial<sup>29</sup> (ABDA, 2009u; ABDA, 2009v) e que partem do princípio que são necessárias adaptações no sistema educacional para que o portador de TDAH possa ter um desenvolvimento escolar equivalente ao das outras crianças. Um exemplo é o relato de uma vitória judicial de um menino com TDAH a quem foi concedido, após parecer jurídico solicitado pela ABDA, que “avançasse à série correspondente ao seu nível de conhecimento” (ABDA, 2009w) até que fosse elaborada uma avaliação que levasse em conta suas deficiências.

---

29 As implicações da participação da ABDA no âmbito das políticas públicas será aprofundada no terceiro capítulo.

O portador deste transtorno é aquele a quem faltam certas habilidades importantes para um bom desempenho acadêmico, mas que tem inteligência normal. Reclama-se o direito de que ele possa se desenvolver ao máximo dentro das suas capacidades, sem ser prejudicado por sua condição de TDAH. Quando se afirma, por exemplo, que “as meninas, por serem mais cordatas, dificilmente são identificadas, e vão passando ano após ano na escola sem usar todo o seu potencial” (ABDAn), naturaliza-se o “potencial máximo”, ou a capacidade máxima de uma pessoa. Todos aqueles comportamentos que denunciam a presença do transtorno aparecem como impedimento para sua plena realização. Compartimenta-se, assim, as características da criança: de um lado sua inteligência ou a sua “capacidade máxima” e, de outro, seus supostos *déficits*. Essa operação tende a valorizar o aspecto produtivo, responsivo, da atenção, posto que esta organiza a experiência em função da realização de metas. Desconsidera-se, na circunscrição do “potencial máximo do indivíduo”, o que pode haver de criativo, de prazeroso e de transformador nos momentos de distração ou descontrole.

Ser muito produtivo, atento, auto-controlado é, portanto, *natural*. Somos requisitados a ter foco e é este que nos dá a medida do quanto estamos, de fato, realizando tudo aquilo que podemos. Algumas questões, nesse sentido, se impõem: existe alguma medida objetiva para potencial, ou para o que se deve esperar de uma pessoa? Se, como os próprios psiquiatras afirmam, os sintomas do TDAH comparecem em maior ou menor grau em todas as pessoas, qual a “quantidade” de desatenção ou de impulsividade que podemos atribuir ao *déficit* neuro-químico? Nesse caso, não será “justo” que todos possam melhorar seu desempenho de modo a alargar seu potencial? O argumento politicamente correto da inclusão educacional esbarra na impossibilidade de se definir qual o nível de desempenho pessoal que não acarretará frustração ou baixa auto-estima sem problematizar as expectativas do sujeito e do seu entorno. As expectativas sociais, por seu turno, não são independentes, nem do discurso médico que naturaliza a performance ótima, nem da possibilidade de aprimoramento da capacidade atenta através da administração farmacológica.

Pensar no potencial de um indivíduo como uma meta a ser atingida possibilita a deriva, dada a indefinição da fronteira entre o normal e o patológico, entre o aprimoramento da performance – da memória, da organização, da capacidade produtiva – e o cuidado médico. Localizamos aí a paulatina expansão do diagnóstico na atualidade. O diagnóstico ganha força na medida em que se argumenta ser necessário reconhecer e tratar os sintomas, posto que prejudicam o “desempenho ideal” de um indivíduo, mesmo quando esses não são aparentes ou marcadamente patológicos. Nesse sentido, as meninas seriam prejudicadas pelo silêncio de seus sintomas: “ser menos difícil’ em vez de ajudar, só dificultou o reconhecimento do problema” (ABDA, 2009n).

A mesma ideia está presente na discussão sobre a dificuldade de reconhecimento do transtorno nos adultos: “A crença desta remissão na vida adulta pode ser explicada pelo desenvolvimento por parte do paciente de uma série de estratégias que permitiriam a ele reduzir os prejuízos dos sintomas. [...] Outra possível explicação para esta crença seria a dificuldade por parte dos portadores de TDAH em reconhecer seus próprios sintomas” (ABDA, 2009o). Se é possível desenvolver estratégias para lidar com o TDAH e se o paciente tem dificuldades em reconhecer o sintoma, o que, de fato, caracteriza o TDAH? Abandona-se, assim, um critério importante do DSM que requer graves disfunções sociais na vida do indivíduo para a postulação do transtorno.

Temos um depoimento em primeira pessoa que nos conta como uma das melhores alunas da turma, que se tornou uma pessoa bem sucedida profissionalmente, sempre rodeada de pessoas influentes, engraçada e conselheira dos amigos, sem que ninguém pudesse imaginar, se descobriu portadora do transtorno. A partir dos sintomas auto-relatados de impulsividade, podemos analisar como outra dimensão sintomatológica se relaciona com os ideais sociais de comportamento e de performance adequados:

“Algumas vezes, era assim que conduzia a vida: 'Comer um pedaço de chocolate? Não, coma tudo! Muito, tenha um orgasmo gastronômico! Você merece! Chega de limites! Beber com os amigos, só se for um porre daqueles! Libera, vive,

você tem direito! Está com vontade de curtir intensamente com alguém que acabou de conhecer? O que vão pensar de mim? Pare de se controlar... viva o agora!' Enfim, impulsividade total. Sinal amarelo era raro, sempre verde ou vermelho” (ABDA, 2009l).

O que no depoimento chama a atenção, é que essas queixas parecem relatar um tipo de comportamento atualmente incentivado: satisfazer-se a qualquer custo, ser intenso nas experiências e intolerante às restrições, que são sentidas como um atentado contra a liberdade individual. De acordo com essa lógica, as pessoas se conduzem em função da auto-satisfação e prestam menos contas às tradições e aos interditos morais da sociedade. Elas devem ser livres para fazer suas próprias escolhas desde que não infrinjam a liberdade individual de outrem. Em suma, a única forma de controle aceitável é o auto-controle.

O que torna esses comportamentos sintomas de uma patologia, portanto, parece ser o ideal do indivíduo auto-controlado e ponderado que sabe e pode fazer as melhores escolhas. O relato nos conta o sucesso do tratamento e, assim, nos indica qual a forma adequada de se comportar e lidar com a liberdade. Em primeira pessoa, a autora nos conta que: “com o início do remédio e com ele a possibilidade de foco” aliado ao auto-conhecimento após a descoberta do transtorno a possibilitaram, em suas palavras: “cuidar de mim, ter mais controle sobre minha impulsividade, e seguir o que sei que me fará mais feliz” (ABDA, 2009l).

O material que encontramos na ABDA retoma muitas das questões discutida por nós ao longo do primeiro capítulo. Entretanto, analisá-lo é importante na medida em que nos dá elementos para refletir sobre o que, neste transtorno, estabelece conexão com o que é valorizado em nossa sociedade contemporânea. Esse discurso localiza o TDAH em função de questões caras à nossa sociedade, como a inclusão educacional, a localização de matrizes biológicas para desfuncionamentos sociais, a maximização da capacidade produtiva e etc. Essas colocações nos ajudam a compreender sua expansão

social, na medida em que o transtorno e o discurso que o embasa coadunam com certas necessidades ou demandas próprias à nossa sociedade.

#### 4. Articulações

Apresentamos, no primeiro capítulo, o TDAH, bem como a lógica que o embasa, e discutimos algumas das condições de possibilidade para a grande difusão que o diagnóstico encontra na atualidade. Este panorama serviu de base teórica para a análise dos textos brasileiros (científicos e de divulgação) que dialogam com esse transtorno. Buscamos compreender as diferentes construções retóricas presentes nessa literatura e como elas se articulam entre si. A partir dos textos científicos e de divulgação, do seu estilo e do seu conteúdo, expusemos as formas diversas de inserção neste campo de batalhas que se constrói em torno da legitimação do diagnóstico do TDAH. Este recenseamento visou apontar, por meio da leitura do material selecionado para análise – a partir daquilo que os textos dizem e de *como* o dizem – como o TDAH se modula e se estabelece. Em outras palavras, procuramos analisar em que medida ele se consolida como fato ou é desacreditado enquanto ficção, considerando que essas operações se dão quando este é enunciado – defendido ou atacado – mas também quando é ignorado. Se todas as proposições a que demos relevo mobilizam esse campo de forças complexo que se forma no estabelecimento de um fato científico, temos consciência que para lhes dar sentido, nexos, direção, é preciso estabelecer, ainda, outras conexões.

Após o mergulho nas fontes, é necessário, portanto, um certo afastamento. Para que as posições levantadas possam ser colocadas em perspectiva, para podermos traçar um panorama da sua interação dinâmica, é preciso olhar do alto. Fixamos alguns pontos de apoio para esta perspectivação. Se estes partem das narrativas que investigamos, nos permitimos agora algumas transcendências, visando contextualizar as questões mais relevantes que surgiram de nossas análises. Em suma, o que nos move neste capítulo são duas questões: pode-se dizer, a partir das nossas análises, que o discurso sobre o TDAH é hegemônico na literatura científica Brasileira? E, em segundo lugar, o que faz deste um transtorno em expansão?



Algumas análises quantitativas e comparações objetivas nos permitem abordar a primeira questão. O grupo 'Medicina' representa, como vimos, a maioria (58%) das publicações que coletamos. Além disso, este tem quase todas as suas publicações indexadas no *Scielo*, com exceção de uma (5,5%), ao passo que entre as publicações não-médicas apenas 61% estão disponíveis nesse índice. Esse é um indicador de maior circulação e impacto das publicações em 'Medicina'.

Vale dizer, dentro do grupo 'Medicina', dez dos dezoito artigos (56%) pesquisados são ligados ao *Grupo de Estudos de Déficit de Atenção (GEDA)* do IPUB coordenado por Paulo Mattos, que é também presidente do conselho editorial do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* e autor de sete artigos. Paulo Mattos é o autor que mais assina artigos entre as nossas publicações (participando de 39% dos artigos do grupo Medicina e 22,5% do total de artigos que analisamos). Destaca-se que além de ser o autor mais produtivo em termos quantitativos, Paulo Mattos é citado vinte vezes nas publicações de 'Medicina', além de uma vez por uma publicação em 'Psicologia'. Isso nos mostra que ele é referência frequente e que aquilo que produz, circula e é apropriado por outros autores. Neste quesito, Paulo Mattos só perde para Luis Augusto Rohde, que foi citado vinte e nove vezes, sendo que quatro dessas citações foram feitas por autores do grupo 'Psicologia'. Já nas publicações não-médicas, não há sequer um autor que seja referido por outro autor brasileiro, quer seja ou não da mesma área de conhecimento.

Não pretendemos nos estender mais nas análises quantitativas. Mas se considerarmos que: 100% dos artigos no grupo 'Medicina' compartilha da perspectiva organicista para os comportamentos de desadaptação escolar; que este é um grupo expressivo e coeso, que faz circular seus autores; que autores de outras disciplinas também adotam a perspectiva organicista, que representa, dessa forma, 74% do total de artigos, podemos supor que a concepção biologizada para a compreensão dos comportamentos de desadaptação, do ponto de vista das produções acadêmicas, é mais forte ou, nas palavras de Latour

(1998, p.67), angaria muito mais reforços no processo de legitimação do seu saber. O autor considera que a força de uma afirmação, sua definição como fato ou ficção, não reside nela mesma, mas depende do modo como é inserida em outros textos e na sequência de debates ulteriores.

É nesse sentido que Latour (2000) afirma que o processo de legitimação de um fato científico é *coletivo*: “um fato é algo que é retirado do centro das controvérsias e coletivamente estabilizado” (*ibid.*, p.72). Sua afirmação nos leva a duas conclusões: o TDAH, pela intensa controvérsia científica e social que mobiliza, está longe de se tornar um fato como querem nos fazer crer declarações de consenso e defesa do transtorno. Ainda assim, o discurso biológico encontra forte eco na sociedade e luta pela hegemonia no campo científico com maior número de reforços, parecendo mais bem equipado do que os discursos discordantes.

O maior arsenal com que conta a perspectiva biológica atrela-se a uma série de fatores, que embora não sejam objetos específicos desta pesquisa, são fundamentais para a compreensão do cenário de ampliação do TDAH no meio científico e social. Esse cenário é composto por uma trama interligada e associada a questões econômicas, políticas, culturais e técnicas, sem que se possa fazer de fato uma distinção entre estas dimensões. Pode-se investigar o apoio econômico e técnico da indústria farmacêutica; a eficácia do medicamento; o grande investimento e os avanços técnico-científicos nas pesquisas em neurociências; a cultura contemporânea da competitividade e da performance ligadas às políticas neo-liberais, que supõem a compreensão do indivíduo como responsável por gerir sua saúde; e a naturalização da capacidade de planejar o tempo, o futuro e a atenção. O que, nesta cena, leva o TDAH em direção à legitimação a despeito das controvérsias e da sua fragilidade epistemológica, é o foco do presente capítulo.

#### 4.1. O monopólio

Expusemos, no segundo capítulo, algumas das pesquisas científicas e debates bastante atuais que concernem ao TDAH para dar a dimensão da distância entre, por um lado, a dificuldade em se postular os critérios garantidores do seu *status* científico (método válido, amostras confiáveis, critério diagnóstico único, presença de fatores etiológicos orgânicos identificáveis) e a variedade das conclusões, estudos e hipóteses que o permeiam; e, por outro, as estatísticas aparentemente seguras e as descrições consensuais que se validam exatamente por referência a essas pesquisas. Concluimos que ainda que haja pouco acordo sobre as diversas questões que rodeiam o TDAH, os debates originam-se das mesmas indagações, do mesmo conjunto de pressupostos ou, dito de outra forma, as divergências estão todas de acordo com o mesmo *estilo de pensamento* (Fleck, 1986).

Esses estudos metodizados, locais, restritos, replicáveis, quantitativos, estão conformados ao *estilo de pensamento científico* atual, o que os fortalece em detrimento de outras formas de pesquisa. A valorização do método quantitativo nas pesquisas em saúde fica evidente em um exemplo trazido por Itaborahy (2009), sobre uma pesquisa que demonstrou que não foi possível encontrar um único artigo através de busca com o termo “qualitative research” nas três revistas médicas mais importantes do mundo entre os anos de 2004 e 2006 (Camargo Jr., 2008 *apud*. Itaborahy, 2009, p. 30). Para a autora, a desvalorização das pesquisas qualitativas “contribui para que tais pesquisas fiquem, muitas vezes, em uma posição de inferioridade diante das agências financiadoras de pesquisa e dos editores de periódicos especializados” (Itaborahy, 2009, p.31).

Por mais importantes que as pesquisas quantitativas em saúde possam ser, se levarmos em consideração o objeto da psiquiatria é digno de nota que não haja espaço em absoluto para pesquisas que não partam do princípio de que a *única* maneira de pesquisar sobre as condutas humanas seja objetivando-as.

A valorização deste tipo de pesquisa se dá, indiretamente, também pelo formato predominantemente quantitativo e essencialmente objetivo do sistema de avaliação da *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES) no Brasil. Quando da avaliação dos programas de pós-graduação realizada em 2001 pela CAPES, seu método avaliativo foi considerado por observadores estrangeiros como “mais orientado para a pesquisa do que para a qualidade do ensino” (Hortale, 2003, p.1839). Isso quer dizer que faltam indicadores específicos e qualitativos para avaliar os métodos de ensino, como por exemplo, a opinião dos alunos sobre sua qualidade.

Por outro lado, o número de publicações está entre os principais indicadores deste instrumento que avalia o Programa de Pós Graduação. Para esclarecer como a avaliação quantitativa pode refletir no recorte do tema feito pelos autores, citamos seis artigos – na realidade, três *duplas* de artigos – entre os que pesquisamos (Coutinho *et al.*, 2007b e Coutinho *et al.*, 2007a; Pastura *et al.*, 2007 e Gomes *et al.*, 2005; Tonelotto & Gonçalves, 2002 e Tonelotto, 2002). Todos os seis artigos têm metodologia quantitativa e compartilham a perspectiva organicista. Falamos em duplas de artigos, na medida em que estas são pesquisas feitas a partir de uma mesma amostra, mas que possuem objetivos ligeiramente diferentes, como por exemplo: Coutinho *et al.*,(2007b) comparam o desempenho dos subtipos de TDAH em um teste computadorizado de atenção visual em uma amostra de crianças de duas escolas particulares e uma pública, enquanto Coutinho *et al.*, (2007a) visam identificar se o mesmo teste é capaz de discriminar os portadores de TDAH utilizando a mesma amostra comparada a um grupo controle. Quatro dos seis artigos são assinados pelo psiquiatra Paulo Mattos, que vimos ser o mais produtivo *especialista* – que mais assina artigos e o segundo mais citado – entre os autores dos artigos que coletamos.

Aparte a duplicação das pesquisas, esses são exemplos que podem ser generalizados quanto à lógica das publicações desse grupo: possuem objetivos simples, restritos, aos quais os autores devem responder com números, e que excluem qualquer discussão teórica que os embase. Se o que conta é o número

de artigos publicados, parece que esse formato, que permite a multiplicação das pesquisas com resultados pontuais, acaba sendo valorizado. Além do mais, essa formalização está de acordo com a proposta empírica e a-teórica do DSM e da lógica organicista e objetivista, que descrevemos como sendo própria da psiquiatria biológica. No primeiro capítulo, ocupamo-nos em abordar a pretensa neutralidade e objetividade desse *modus operandi* da psiquiatria, já que, ao adotar o método quantitativo, ao privilegiar o estudo epidemiológico, ao utilizar um método diagnóstico como o DSM, encampam-se certas *premissas* teóricas.

Como vimos<sup>30</sup>, este modelo quantitativo e objetivista está, também, a serviço das exigências das pesquisas experimentais – que medem a eficácia de um medicamento, comparando-os a placebos em experimentos de duplo-cego, e definem quais serão colocados no mercado – financiadas pelos laboratórios da indústria farmacêutica. Essa engrenagem poderosa movimenta o enorme volume de pesquisas em neurociências, o que não nos espanta, já que, por um lado, as pesquisas necessitam de financiamento e, por outro, os laboratórios dependem destas para sua produção e posterior venda. A associação entre produção e patrocínio, entretanto, acaba por ter como consequência a homogeneização dos resultados da produção científica nesta área. Os artigos da área ‘Medicina’ parecem todos concordar, apontar na mesma direção, o que impede debates importantes para o desenvolvimento em ciência.

Itaborahy (2009) investigou as reportagens publicadas nos principais veículos de comunicação impressos brasileiros e as publicações científicas que constam nos principais periódicos de psiquiatria sobre a Ritalina nos últimos dez anos, fazendo a partir dessas análises uma discussão interessante sobre o tema do monopólio nas publicações científicas brasileiras. A autora constatou que nos veículos de comunicação em massa há divergências sobre o tratamento medicamentoso do TDAH, que ocorreram denúncias quanto ao excesso de prescrição da Ritalina, ou quanto ao aumento do uso recreativo (não-médico) do psicoestimulante e que há questionamentos sobre os seus efeitos colaterais. Essas

---

30 Primeiro capítulo, item 2.4

importantes discussões que tangenciam a problemática do metilfenidato, surpreendentemente, são inexistentes na literatura científica brasileira sobre o assunto.

A falta de debates acompanha a falta de divergências: todas as publicações sobre o tema que abordam a temática do TDAH se posicionam a favor do tratamento medicamentoso. A autora constatou que as publicações científicas acerca do metilfenidato ligadas ao TDAH<sup>31</sup> são monopolizadas pelos principais grupos de pesquisa sobre o TDAH do Brasil<sup>32</sup> sendo que todos estes são, direta ou indiretamente, financiados pela indústria farmacêutica: “O monopólio do discurso biológico nos periódicos médicos, patrocinado pelos fabricantes, reduz as possibilidades de um debate verdadeiro sobre os benefícios e riscos” do uso dos psicoestimulantes (Itaborahy, 2009, p.108).

Finalmente, a autora coloca que a adesão total aos pressupostos biológicos dos grupos que recebem financiamento e a facilidade maior que estes encontram para realizar e publicar suas pesquisas não exclui o fato de que esses pressupostos não são compartilhados por todos os especialistas, inclusive por psiquiatras. Isso fica evidente no debate mais aberto e nas posições divergentes encontradas nas reportagens que analisou.

Rafalovich (2002) coloca que nos últimos 140 anos as perspectivas psicodinâmicas e neurológicas se alternaram e se opuseram na compreensão e proposta terapêutica para os comportamentos que posteriormente vieram a caracterizar o TDAH, a despeito da descrição histórica consensual do discurso oficial do transtorno, que destaca apenas apropriações médicas e organicistas destes comportamentos<sup>33</sup>: “Ambas posições receberam considerável legitimidade

---

31 há artigos que tratam do metilfenidato com outros propósitos, como a discussão sobre depressão em pacientes com HIV, ou a apatia na doença de Alzheimer, só para citar alguns exemplos.

32 GEDA - Grupo de estudos de Déficit de Atenção, ligado ao IPUB/UFRJ; UNIFESP/UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas; ProDAH - Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade, ligado à UFRGS; ADHDA/ PRODATH - Ambulatório para Distúrbios Hiperativos e/ou Déficit de Atenção/ Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade (para adultos), ligados ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

33 c.f. capítulo 1, item 6.

pública e acadêmica na compreensão de problemas do comportamento infantil. Ambas também foram sujeitas ao ceticismo” (*ibid.*, p.49). Neste sentido, não nos parece inútil questionar por que as publicações médicas acerca dos comportamentos de desadaptação infantil no Brasil, atualmente, são monopolizadas pelo discurso da psiquiatria biológica. Se discutimos, até agora, a dimensão homogênea da produção científica brasileira, que aponta para encerramento das controvérsias, tentemos responder a este questionamento, iluminando seus opositores.

#### **4.2. Psicanálise e psiquiatria no Brasil**

Em primeiro lugar, é necessário reconhecer o nosso terreno, distinguir quais são as forças contrárias à expansão do diagnóstico do TDAH. Para tal, tomamos como referência nossas investigações na produção acadêmica e nos textos presentes na ABDA, ainda que tenhamos consciência de que as resistências ao transtorno compõem um campo muito amplo e heterogêneo. Para esta pesquisa importa questionar como, em nossas fontes, aparecem os discursos discordantes do discurso organicista.

Ao nos depararmos com a posição defensiva, claramente reativa em alguns momentos, da ABDA, pudemos inferir uma série de obstáculos para sua legitimação social. Fala-se em desconhecimento do transtorno por parte da sociedade e dos grupos profissionais, e trabalha-se muito, como vimos, a resistência ao tratamento medicamentoso, que é visto como preconceituosa, conservadora ou como simples falta de informação. A missão da ABDA, segundo a própria entidade, é justamente transmitir conhecimentos científicos à população desinformada ou mal informada.

Aqui entram os opositores a serem combatidos: aqueles que mal-informam a sociedade. É contra profissionais que portam outras compreensões acerca do comportamento de desadaptação – os que se posicionam contra a nomeação diagnóstica do TDAH e seu tratamento ou simplesmente possuem

pressupostos conflitantes com este – que a ABDA se posiciona. Trata-se de uma guerra em nome da autoridade em ciência. Vimos que a psicanálise é o alvo das mais duras ofensivas nos textos da ABDA. As principais críticas que neles encontramos são à sua falta de cientificidade, às suas interpretações equivocadas sobre a etiologia do transtorno, à culpabilização familiar e à própria resistência que os psicanalistas imporiam ao tratamento medicamentoso e às concepções biologizadas da conduta humana.

Ao tomarmos como referência os artigos analisados, vemos que as concepções psicodinâmicas são aquelas que se opõem à diagnose do TDAH. Todos os autores que compartilham desta perspectiva são ligados ao grupo que denominamos neste trabalho como ‘Psicologia’. Ainda assim, este é um grupo extremamente heterogêneo: apesar de serem poucos os artigos “psicodinâmicos”, há uma variedade impressionante de linhas de pensamento, que vão desde a gestalt-terapia, à perspectiva lacaniana, passando por um relato de psicoterapia breve.

A oposição entre as abordagens psicodinâmicas, e mais especificamente a psicanálise, e o discurso do TDAH no contexto brasileiro só pode ser compreendida a partir de questionamentos mais amplos sobre como se deu o recente processo de biologização da psiquiatria no Brasil. Os psicanalistas são os principais opositores da perspectiva organicista e do tratamento medicamentoso. Para Dupanloup (2004), a força da tradição psicanalítica em alguns países, como a França, é responsável pelas diferenças nacionais na intensidade do uso do metilfenidato, e na resistência que suscita (*ibid.* p.145). Sendo a cultura brasileira historicamente marcada pelo pensamento psicanalítico, não é de se estranhar a posição deliberada da ABDA contra os pressupostos psicanalíticos ou, mais amplamente, contra a concepção psicodinâmica.

De fato, estas parecem perspectivas opostas e inconciliáveis. A descrição reducionista atual dos comportamentos humanos em termos químicos e genéticos expulsa do campo da psiquiatria o que não pode ser objetivável. Se a revolução psicofarmacológica, que teve início em 1952, permitiu que a



psiquiatria finalmente partilhasse os mesmos referenciais e acesse a um estatuto científico, é preciso para este campo profissional rechaçar as “teorias da mente” (ABDA, 2009f) e questionar a causalidade psíquica ou histórica das perturbações mentais, sob “o risco de afetar a identidade médica e ‘científica’ da psiquiatria” (Birman, 1999, p.182).

Se a alegação mais comum para essa inversão dos poderes é a de que a eficácia dos psicotrópicos em relação ao tratamento psicoterápico justifica a “vitória” da psiquiatria biológica, ela, entretanto, não explica tudo. A administração psicofarmacológica conviveu durante muito tempo com a hegemonia psicanalítica e, até há pouco tempo atrás, as duas formas de tratamento conviviam pacificamente, sendo que essa combinação era relatada por muitos psiquiatras como aquela que obtinha os melhores resultados (Borch-Jacobsen, 2002). Se nos voltarmos para a história da psiquiatria brasileira, veremos, do mesmo modo, que a psiquiatria organicista já se harmonizou com uma concepção psicodinâmica, como é o caso do movimento da higiene mental, que nas primeiras décadas do século passado uniu as ideias eugênicas de determinismo racial e de prevenção à adoção de certos princípios psicanalíticos.

Nesse sentido, um breve recuo histórico nos permite uma melhor compreensão das especificidades do caso brasileiro no embate entre os saberes que aqui tratamos. A apropriação da psicanálise em nossa cultura, as relações que estabeleceu com a instituição psiquiátrica e com o campo da psicologia, nos ajudam a contextualizar o processo brasileiro de legitimação e de resistência ao discurso segundo o qual o TDAH é enunciado.

A psicanálise está presente no Brasil desde a década de 1920. Este pensamento foi inicialmente incorporado pela instituição psiquiátrica brasileira como mais uma entre outras técnicas terapêuticas (Birman, 1988). Neste período, a psicanálise articulou-se ao campo da higiene mental, da psiquiatria, da eugenia e da pedagogia. A entrada da psicanálise se deveu, assim, à iniciativa de alguns médicos, auto-didatas, e ao interesse de parte da intelectualidade brasileira, como os modernistas, pensadores sociais, educadores e etc

(Facchinetti, 2001). Não havia neste período uma maior preocupação com a formação de uma categoria profissional especializada.

Na década de 1930 ocorreu uma articulação curiosa entre os preceitos eugênicos que se apoiavam no modelo organicista Kraepeliano, que orientou a psiquiatria brasileira até o período pós-guerra, e uma certa interpretação da psicanálise, que era então utilizada como um instrumento psiquiátrico de prevenção e de educação moral. Em um país cujo atraso ou a mistura de raças denunciava a degeneração de seu povo, essa aliança possibilitava um “projeto para a nação que fosse, ao mesmo tempo, compatível com a ciência de então e com a viabilidade do país e de seu desenvolvimento” (Russo, 2000, p.12). Nesse momento, os preceitos psicanalíticos, que se inseriam nas políticas preventivas, e que se baseavam na compreensão da sublimação dos instintos primitivos como condição para o processo civilizador, não pareciam incompatíveis com o determinismo orgânico.

É a partir de meados dos anos 40, no contexto da modernização brasileira, que se organiza, de fato, o ‘movimento psicanalítico brasileiro’<sup>34</sup> com a organização das sociedades psicanalíticas autorizadas pela *International Psychoanalytical Association* (IPA). No âmbito público, nas décadas de 1940 e 1950, a psicanálise se tornaria uma especialidade médico-psiquiátrica. Houve, assim, forte investimento político e financeiro na especialização psicanalítica dos médicos (Melloni, 2009). O contexto internacional é o fim da segunda guerra mundial e da desmontagem, em consequência, do modelo eugênico de superioridade racial e da perda de força da psiquiatria kraepeliana de orientação alemã. Nos Estados Unidos, e posteriormente no Brasil, esse período redonda no abandono do modelo biológico na psiquiatria e na adoção paulatina do modelo psicodinâmico. Neste momento, portanto, não há contradição entre psicanalistas e psiquiatras, mas um acoplamento teórico que resulta em uma psiquiatria dinâmica.

---

34 Sobre a organização do movimento psicanalítico no Rio de Janeiro c.f. FACCHINETTI (2006); PONTE (2003); PONTE (1999), e em São Paulo, c.f. SAGAWA (1996) e OLIVEIRA (2006).

O movimento psicanalítico brasileiro foi constituído de forma hierarquizada e exclusivista – já que, na prática, quase todos os associados eram médicos – e organizado em torno das sociedades psicanalíticas autorizadas pela IPA. A formação psicanalítica era quase inteiramente monopolizada, então, pelos grupos ligados à IPA e, a partir de 1967, quando foi fundada, à Associação Brasileira de Psicanálise (ABP) (Facchinetti, 2006).

Até o final dos anos oitenta esse modelo permaneceu. Contudo, já ao longo da década de 1960, em especial depois da regulamentação da profissão de psicólogo em 1962, e da possibilidade de sua prática clínica<sup>35</sup>, os psicólogos começaram a se interessar cada vez mais pela formação psicanalítica. Por um lado, estes constituíam grande parcela da clientela dos psicanalistas médicos, por outro a tensão entre as categorias profissionais se acirrou. Os psicólogos buscaram alternativas ao monopólio médico: várias formações de base psicanalítica sem caráter oficial foram criadas, além de associações entre psicólogos e psicanalistas médicos ligados à IPA para discutirem e compartilharem ideias de cunho psicanalítico. Estes, ao longo da década de 1970, passaram a ministrar cursos para psicólogos e davam supervisão para que realizassem atendimentos clínicos de “base analítica” que, entretanto, possuíam menor valor simbólico que aquele da psicanálise tradicional (Facchinetti, 2006; Figueiredo, 1988).

Estas alternativas mantiveram os psicólogos ainda submetidos aos “verdadeiros” psicanalistas médicos e formados pelas sociedades ligadas à ABP. Foi apenas na segunda metade da década de 1970 que, com a entrada do movimento lacaniano no Brasil e com a vinda de muitos psicanalistas argentinos exilados pela ditadura em seu país, que não compactuavam com a exclusividade médica no exercício da psicanálise, foram constituídas alternativas, de fato, às sociedades oficiais, e a relação de distinção entre psicólogos e médicos começou

---

35 Além do interesse pela formação psicanalítica, esse momento também conhece a diversificação da prática clínica. Os cursos de psicologia se multiplicam após o incentivo à privatização do ensino por ocasião da reforma universitária em 1968, assim como as clínicas psicoterapêuticas, o que ocasionou o aumento da disputa teórica e a constituição do que se chamou 'clínica psi' (Facchinetti, 2006)

a se modificar, de modo a desaparecer a partir da década de 1980 (Figueiredo, 1988).

Na década de 1970 ocorreu o que se passou a conhecer como *boom* da psicanálise no Brasil. A psicanálise tornou-se, então, um movimento poderoso, tanto institucional quanto culturalmente. Ela se fazia presente em diferentes áreas de saber ligadas às ciências humanas, na saúde, na pedagogia, na mídia “e em quase todos os dispositivos do imaginário brasileiro” (Birman, 1999, p.80). A demanda por psicanálise entre as classes médias e altas brasileiras era enorme, tanto que a modalidade de psicanálise em grupo, ligada ainda às sociedades autorizadas pela IPA, começou a se difundir, aliando a adequação entre oferta e a grande procura, e possibilitando uma imagem mais democrática e menos “burguesa” da psicanálise em tempos de ditadura. Na década de 1970, portanto, a psicanálise era o saber hegemônico tanto na psiquiatria, quanto também na cultura brasileira de forma mais ampla, ao menos nos grandes centros urbanos.

Em um cenário altamente psicanalisado, a força do movimento lacaniano no país, a dispersão das formações psicanalíticas, sua difusão geográfica Brasil adentro, a ampliação das correntes teóricas, e a entrada da psicanálise na universidade, (Facchinetti, 2006), marcaram a década de 1980. Neste contexto, a luta pela “pureza” psicanalítica deixou de ser contra os psicólogos que, a essa altura já eram aceitos inclusive nas formações tradicionais ligadas à IPA, mas contra a ameaça de descaracterização ocasionada por sua ampliação e diversificação (Figueiredo, 1988).

Ao longo da década de 1980, no contexto da redemocratização brasileira, se deu também o início da organização do movimento pela reforma psiquiátrica e a intensa mobilização política que esta suscitou. O movimento, que questionou os parâmetros da psiquiatria tradicional e conquistou amplas modificações na organização da assistência em saúde mental no Brasil, seguiu uma tendência contemporânea de reespecialização da clientela psiquiátrica e do cuidado médico: dos asilos aos dispositivos de cuidado, dispersos na comunidade. Entretanto, se em outros países, a origem antipsiquiátrica do

movimento se opunha à clínica de forma radical, no Brasil o movimento da luta antimanicomial, cuja bandeira é a luta pelos direitos de cidadania do louco, não pôde ser discutida “sem levar em conta a difusão da psicanálise no meio psiquiátrico” (Russo, 1997, p.18). A especificidade brasileira da aliança dos partidários da reforma com a psicanálise nos mostra, de outro modo, a força do movimento psicanalítico no Brasil.

Foi apenas na década de 1990 que o modelo asilar começou a ser, de fato, superado, com a construção de dispositivos de cuidado alternativos aos asilos, como os CAPS e o NAPS, e com a promulgação de importantes leis de viabilização para a reforma (Tenório, 2001). Entretanto, paralelamente à consolidação da reforma psiquiátrica, que colocou em xeque a psiquiatria tradicional, e apenas uma década depois do processo irreversível de heterogeneização e horizontalização da psicanálise e dos psicanalistas no Brasil, o poder simbólico desse saber começou a dar mostras de enfraquecimento.

É na década de 1990, portanto, que a crise da psicanálise, que se fizera presente nos Estados Unidos nas décadas de 1960 e 1970<sup>36</sup>, na França nos anos 80, chega ao Brasil, ainda que tardiamente (Birman, 1999). Se este era o saber de referência dos psiquiatras brasileiros até a década de 1980, a partir de 1990 o campo da psiquiatria começa a se autonomizar frente ao da psicanálise. Esta crise reflete-se também na diminuição da demanda de análise nos consultórios particulares. Se essa diminuição foi inicialmente confundida com a crise econômica brasileira (Birman, 1999) em época de abertura política, índices inflacionários brutais, planos econômicos frustrados, achatamento da classe média, aos poucos a perda da hegemonia da psicanálise foi ganhando contornos mais nítidos. Essa década, não por acaso, é marcada pela consolidação da psiquiatria biológica no Brasil.

A psicanálise ainda hoje se faz presente nos serviços públicos<sup>37</sup>, principalmente entre os psicólogos e é referência teórica para importantes

---

36 Redundando na formulação da terceira versão do DSM, que discutimos no primeiro capítulo.

dispositivos de acolhimento em saúde mental, como os grupos de recepção<sup>38</sup>. Mas, se a psicanálise ainda sobrevive nas instituições, é inegável que perdeu muito do seu espaço tanto no campo estrito psiquiátrico, o que se reflete nos atendimentos públicos nos serviços de saúde mental e na produção acadêmica, como vimos, quanto como na escolha individual para tratar o mal-estar psíquico das classes médias e altas. Neste quadro, o futuro da psicanálise passa a ser interrogado e atualmente é pauta de simpósios, congressos, livros, e intensos debates.<sup>39</sup>

Um exemplo paradigmático da ameaça que paira sobre os profissionais da área da saúde, entre eles os psicanalistas, da perda de autonomia frente ao poder médico, foi o Projeto de Lei 25/2002, denominado *Ato Médico*, que visou regulamentar o campo de atuação da medicina. A partir deste PL, os psicólogos e os outros profissionais de saúde seriam obrigados a trabalhar somente sob encaminhamento e supervisão médica de acordo com o artigo que determina que: “são atos privativos de médicos a formulação do diagnóstico e a respectiva prescrição terapêutica”. Além disso, o *Ato Médico* garantiria aos médicos prerrogativa na ocupação de cargos de chefia em serviços de saúde.

O PL do *Ato Médico* causou grande polêmica e resistência por parte das diversas categorias da saúde, que alegaram que o projeto subordinava a atuação dos chamados “não médicos” aos médicos “oficiais”. Nesse sentido, o “ato médico” foi interpretado “como um vetor de força que busca explicação unicausal para a complexidade do processo saúde-doença-cuidado” (MELO & BRANT, 2005).

---

37 Figueiredo (1997) realizou uma pesquisa sobre a clínica psicanalítica no ambulatório público. Incluíam-se no escopo da pesquisa além dos psicólogos, psiquiatras que só medicam, mas que se dizem psicanalistas fora do serviço público e que a autora chamou de 'clínicos do psíquico' e psiquiatras que oferecem sistematicamente algo mais do que apenas medicação, normalmente psicoterapias.

38 Acolhimento em grupo nos serviços de saúde mental, coordenado por equipe multiprofissional, que tem como norte “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” (Tenorio, 2001, p.95)

39 c.f.: Bunge (1982); Birman (1999), Poian (1996); Magalhães (1996); Alonso & Araújo. (2002).

O Projeto foi aprovado pela *Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania* (CCJ) do Senado, e seguiu para a *Comissão de Assuntos Sociais* (CAS). O movimento contra a aprovação do PL pela CAS conseguiu mais de 5 milhões de adeptos, entre profissionais, parlamentares e autoridades governamentais. As negociações entre as categorias profissionais acabaram por culminar na elaboração de um substitutivo consensual que abandonou o conceito de *Ato Médico* (Facchinetti, 2006).

Facchinetti (2006), entretanto, ressalta que, ainda que essa batalha tenha sido ganha, é importante questionar o nível de desvalorização simbólica do elemento psicoterapêutico que o *Ato Médico* representa. Nesse sentido, a autora se pergunta em que medida “o afastamento médico das instituições psicanalíticas” (ibid.) não pesou nesta proposta. No contexto da crescente biologização e medicalização da prática psiquiátrica, uma proposta de lei como esta não é sem consequências para os que propõem outras formas de intervenção no cuidado em saúde mental. O *Ato Médico* nos faz questionar, também, se tal corporativismo e reivindicação pela supremacia no campo da saúde não contribuiu para o afastamento dos médicos da psicanálise quando esta deixou de ser sua exclusividade.

Corremos o risco de nos desviar momentaneamente da nossa discussão central sobre o TDAH para que pudéssemos compreender a representação do saber psicanalítico em nossa cultura e, assim, contextualizar o recente processo de biologização da psiquiatria no Brasil. Esse percurso nos mostra que a psiquiatria e a psicanálise têm caminhado juntas no Brasil de diferentes maneiras e que a polarização entre os saberes e o exercício de exclusão da psicanálise do horizonte da psiquiatria é recente.

Os resultados de nossas investigações refletem a perda do poder da psicanálise no campo da psiquiatria. A heterogeneidade observada nos artigos do grupo ‘Psicologia’, nos indicam, também, a diminuição da centralidade do saber psicanalítico, mesmo entre a produção que valoriza os estudos de caso e os aspectos psicogênicos da constituição dos sintomas. A própria incorporação dos

referenciais teóricos do discurso psiquiátrico, como por exemplo, a adoção do termo TDAH, pelo discurso psicanalítico, aponta para sua descaracterização (Birman, 1999). Esse fenômeno é complexo e ainda muito recente para que possamos compreender todos os seus aspectos ou prever seus destinos possíveis. Ainda assim, nossas investigações acerca do TDAH nos indicam alguns fatores, articulados a mudanças culturais mais amplas, que parecem fazer pender, cada vez mais, o fiel da balança para a compreensão biologizada das condutas humanas.

Para Birman (1999), o *boom* da psicanálise na década de 1970 significou uma inserção tal em nossa cultura que se produziu um “ethos para a subjetividade sustentado em valores e premissas psicanalíticas” (ibid., p.80). Se a psicanálise enquanto projeto revela atualmente um certo descompasso com as demandas da nossa cultura – as pessoas parecem menos dispostas a tratamentos sabidamente longos, que muitas vezes não oferecem alívio imediato e que não se comprovam eficazes segundo certos parâmetros da racionalidade científica atual, só para dar alguns exemplos – propomos que essas mudanças estão associadas, exatamente, aos fatores que acompanham a expansão do TDAH. Após a constatação de que a psicanálise vem, também no Brasil, perdendo seu posto como o saber legítimo para lidar com mal-estares psíquicos, nos voltamos para alguns aspectos mais propriamente sócio-culturais ligados a esse processo.

### **4.3. O TDAH e a lógica do risco**

Como vimos em nossa análise dos artigos em ‘Medicina’, a importância atribuída à diagnose precoce do TDAH é atrelada a sua associação a comprometimentos acadêmicos, sociais e profissionais. Os riscos aos quais os portadores de TDAH estão expostos são enfatizados em detrimento dos sintomas primários do transtorno, como ser distraído, ou mexer-se demais quando se deve permanecer parado. A noção de risco ligada ao transtorno é tão forte que esta se transforma no principal argumento para tornar patológicas as condutas a ele



associadas. Trata-se de uma operação curiosa de deslocamento: parte-se do princípio de que a realidade do transtorno, seu argumento ontológico, reside em sua organicidade. É por ser essencialmente um problema biológico que a administração farmacológica se justifica: reposição química para um *déficit* químico. Entretanto, na falta de marcadores biológicos identificáveis, aceita-se a premissa biológica, mas enfatizam-se os riscos associados ao transtorno, o que acaba por conferir “a definição da *realidade* da patologia através da medida de seus possíveis danos” (Caliman, 2006, p.89)

Utilizamos a noção de risco<sup>40</sup> para discutir certas transformações na cultura contemporânea que podem nos ajudar a compreender melhor a expansão do diagnóstico de TDAH. O risco é uma medida de correlação estatística. Dada a imprevisibilidade do futuro ou a indefinição dos processos causais ligados a fenômenos complexos, quantifica-se a incerteza em forma de probabilidade. Em estudos epidemiológicos comuns na área da saúde, a impossibilidade de determinar causas necessárias e suficientes para as doenças crônico-degenerativas, provocou um deslocamento do tratamento conceitual e metodológico da causalidade para a quantificação do risco (Czeresnia e Albuquerque, 1995, p.415). O maior risco para desenvolver câncer de pulmão a que estão expostos os fumantes é das mais clássicas associações deste tipo.

Este conceito, que supõe um conjunto de técnicas de cálculo da relação entre diferentes fenômenos, opera um “modo de viver a vida”, na medida em que o saber advindo desses cálculos orienta ações no presente em função de um futuro possível. Trata-se da injunção a tomar decisões no presente em função da probabilidade da ocorrência de um evento no futuro: “A opção de agir no presente para gerenciar o futuro rapidamente se transforma em uma quase obrigação” (Rose, 2002, p.214. ).

---

40 O conceito de risco assume formas variadas e insere-se em diferentes campos de saber. É, nas palavras de Vaz (1999), um conceito nômade. No presente trabalho, iluminamos algumas especificidades da constituição do TDAH no interior de sua lógica. Para uma discussão mais aprofundada sobre a filosofia do risco, remeto o leitor à Beck (1992); Castel (1991); Douglas (1992); Ericson & Doyle (2003); Rose (2000a, 2000b, 2001, 2002).

O tempo todo nos deparamos, nos veículos de comunicação ou nas propagandas de saúde pública, com advertências, respaldadas por números e cálculos de probabilidades, sobre como devemos nos conduzir. Para que esta lógica opere, para que, de fato, as pessoas mudem seus hábitos alimentares, sua frequência na prática de esportes ou restrinjam certos prazeres é necessário que confiem nas informações veiculadas, ainda que não tenham acesso à racionalidade que as embasa.

Vaz *et al.*(2007) argumentam que esta lógica do risco produz uma relação específica entre a mídia e a cientifização da vida cotidiana. A mídia propaga as recomendações sobre como evitar riscos. A mudança de comportamento associada às recomendações “depende da credibilidade da fonte e da ausência de controvérsia” (ibid., p.149). Assim, é necessário que acreditemos no que diz a ciência e que estejamos dispostos a nos orientar segundo essa verdade.

A ideia na qual se pauta a ABDA, de que a divulgação científica sobre o TDAH é absolutamente necessária para que o transtorno possa ser reconhecido precocemente e para que sofrimentos e danos secundários a ele associados possam ser evitados, depende da crença em sua cientificidade. Não nos espanta, portanto, a negação das controvérsias que rondam o transtorno.

Os argumentos retóricos de convencimento são, em geral, numéricos, e a ciência que os informa é a epidemiologia, tanto na divulgação científica quanto em sua produção acadêmica. Essas informações supostamente objetivas e desprovidas de valor moral convocam as pessoas a conhecer e a regular-se em função deste saber. Quer seja a auto-regulação ou a regulação de um terceiro, no caso de crianças, os leigos são convocados enquanto agentes ativos do diagnóstico e do tratamento.

Uma das consequências dessa sociedade super cientificada, é o que Castel (1991) chama de crise da clínica, que representa uma “transição da clínica do indivíduo para uma clínica epidemiológica, [...] que suplanta a velha

relação médico-paciente” (*ibid.*, p. 282). Não se trata mais, na lógica do risco, da crença na autoridade do saber médico, personificado na figura do clínico, que tem o poder de nomear, tratar e curar uma patologia. Cada um é responsável por, de posse das informações científicas, regular-se e cuidar da sua saúde.

Portanto, são os números que adquirem o *status* de autoridade, como bem definiu Paulo Mattos, quando argumentou que nos tempos de hoje não há mais espaço para a opinião dos grandes professores ou médicos eminentes, mas apenas para a ‘medicina baseada em evidência’ (ABDA, 2009w). Trata-se aqui de eliminar qualquer elemento de subjetividade da medicina. As relações numéricas, a especificação e a quantificação, as “provas” objetivas, substituem, ou tornam mínima, a relação entre o médico e o paciente.

A relação entre leigos e médicos, que esteve pautada por séculos pelo binômio doença e cura, modifica-se nesta lógica. Quando a avaliação dos riscos torna-se central na nossa relação com a saúde cria-se “um estado de quase-doença generalizado” (Vaz, 2007b, p.8) em que nem bem estamos doentes, nem bem despreocupados com as recomendações médicas. Esse deslocamento do lugar que o saber médico ocupa se opera a partir dos apelos às mudanças comportamentais individuais que responsabilizam o indivíduo pelo surgimento de suas doenças.

Outra consequência da cientificação da vida cotidiana, portanto, é a responsabilização do indivíduo pelos possíveis desfechos futuros que suas ações podem acarretar. Entretanto, cabe lembrar que todas as medidas de risco extraídas dos estudos epidemiológicos são válidas apenas para grupos populacionais, ou seja, valem “em média”. Nenhuma afirmativa é feita para indivíduos isolados, quantifica-se o risco “médio” em populações. Essas medidas tomadas como elementos de saúde pública podem gerar ações de caráter coletivo, por exemplo, o estímulo à comercialização de produtos alimentares com menos sal. Nesse sentido, não é inocente que a lógica da construção dos modelos de risco privilegie, atualmente, as mudanças comportamentais

individuais. A individualização do gerenciamento dos riscos participa da lógica neo-liberal de esvaziamento das ações coletivas de proteção social.

Esta perspectiva tem consequências para a significação social das doenças e para os modos de se lidar com elas. A solicitação social é a de que cada um de nós seja responsável, diante das inúmeras ameaças e riscos que nos atravessam, por agir de forma a minimizar os possíveis danos futuros. Vaz (2007b) chama atenção para a moralização inerente a essa lógica, segundo a qual somos convocados a nos controlar e a nos sentir culpados diante dos prazeres e dos excessos: “A medicina moderna e contemporânea é a secularização dessa interpretação da doença como pecado” (*ibid.*, p. 6). O entendimento geral é o de que nosso sucesso e o nosso bem-estar futuro dependem de condutas bem administradas e pautadas pelas informações científicas disponíveis.

A *Carta de Princípios* da ABDA (2009c) ilustra bem como o TDAH se insere na lógica que aqui descrevemos: ao passo que o portador tem o “direito de tomar decisões baseadas nas informações científicas disponíveis”, os familiares têm a “responsabilidade de aderir ao tratamento proposto” (*ibid.*). A mãe não é culpada porque seu filho falha constantemente em suas responsabilidades escolares, mas se torna culpada caso não se comporte adequadamente em relação a seu transtorno.

Se nos reportamos aos textos da ABDA, lembramos como a questão da desculpabilização dos indivíduos consiste em um dos principais argumentos contra a psicanálise. O discurso do TDAH se pretende desculpabilizante e desestigmatizante na medida em que considera que o indivíduo porta um *déficit* que deve ser controlado, mitigado, minimizado. Trata-se de algo que o acomete e do qual se fala como se dele fosse distinto. Se o TDAH é um evento biológico, ele é externo à história ou à subjetividade do portador. Assim como no caso de outras patologias físicas, ninguém é responsável por suas deficiências, portanto, não podemos punir uma criança ou culpar sua família por ser incapaz de se

organizar ou de ter condutas adequadas em sala de aula. O remédio entra nesta equação como restaurador de um estado natural das coisas.

Nesse contexto, o discurso psicanalítico é denunciado como culpabilizante e, paradoxalmente, como um agravante para o bem-estar psíquico do portador de TDAH. As interpretações psicanalíticas para certas condutas que têm, na realidade, uma origem biológica, só aumentam a carga de culpa e impotência da família. Além disso, segundo esse discurso, o tratamento analítico não é eficaz na resolução dos sintomas do paciente, que são a grande fonte de mal-estar para a família e da frustração e baixa auto-estima da criança.

O lugar que o sintoma ocupa representa uma diferença fundamental nas duas abordagens do sofrimento, a biológica e a psicanalítica. Para esta última, os sintomas não são apenas os geradores de sofrimento, a causa de todos os problemas do sujeito, mas a expressão de conflitos e de resistências que transcendem a dimensão do observável. Nesse sentido, o sujeito não porta uma doença que, no mais, não lhe diz respeito. Ao contrário, seus sintomas se confundem com sua história, com suas relações familiares, com seus desejos. O tratamento psicanalítico implica o sujeito em suas queixas ou sintomas. Já para o discurso da psiquiatria biológica, a “culpa” é do *déficit* neurológico, que produz condutas desadaptadas, geradoras, aí sim, de sofrimento psíquico para o indivíduo.

Marcada esta diferença, é a partir do engajamento com o diagnóstico e com o manejo de sua condição de portador que a responsabilidade do indivíduo e da família retornam no discurso do TDAH. As recomendações de seus *experts* são na direção da adaptação do indivíduo: seu *déficit* deve ser equilibrado para que suas ações possam ser controladas por sua vontade consciente e, por sua vez, o entorno do paciente (escola, família) deve adequar-se ao transtorno, com exigências diferenciadas e empenhando-se no tratamento. Se o sentido dos comportamentos de desadaptação encontra-se no corpo, na posse do diagnóstico e das informações corretas o portador deve aceitar-se TDAH e a família deve comprometer-se com essa condição.

Alguns depoimentos que analisamos nos mostram bem como as operações de desresponsabilização/ re-responsabilização são, de fato, indissociáveis. O momento do recebimento do diagnóstico é relatado como um alívio: o fim da busca interminável por respostas, a compreensão, afinal, das dificuldades de agir de acordo com a vontade. Esse alívio é visto como parte da cura. Mas o processo de alienação - “isso que está em mim, mas que não sou eu” – só funciona na medida em que, paradoxalmente, o indivíduo torna-se integralmente um TDAH. O alívio envolvido no fato da criança deixar de ser “preguiçosa”, “encapetada”, “mal-educada”, aparece atrelado à aceitação completa da identidade diagnóstica, que implica uma ressignificação da sua história passada e uma reestruturação das ações no presente e dos planejamentos para o futuro.

Isso porque, cada vez mais, esse transtorno é compreendido como um problema crônico, com o qual o indivíduo deve aprender a conviver. A própria noção de cura é relativizada, na medida em que ela é apenas funcional. Trata-se, do ponto de vista do indivíduo, de manter-se em tratamento, do manejo dos sintomas, de uma aprendizagem, de um saber lidar com os problemas que acarreta. Este é um transtorno que potencialmente acompanha o indivíduo por toda sua vida e que requer um tratamento/cuidado paliativo e, portanto, constante. Se considerarmos que, além disso, o que diferencia o portador do não portador é a frequência e a intensidade de certos comportamentos comuns ao humano, vemos que este é um transtorno de fronteira, uma condição “que está na fronteira com a normalidade” (Rose, 2006, p.466).

Segundo Dupaloup (2004), um dos objetivos declarados da psiquiatria científica dos Estados Unidos é o de desestigmatizar a doença mental. O termo “transtorno” seria menos pejorativo e, ao mesmo, tempo garantiria o reconhecimento e o tratamento daqueles que sofrem pelo sistema de proteção social em vigor. A direção implícita neste argumento é a de, ao mesmo tempo, normalizar o patológico e patologizar o normal. Recusa-se a ideia de que o indivíduo é doente, deve-se encarar o TDAH como uma diferença física com a

qual é necessário aprender a lidar. Mas, ao mesmo tempo, o indivíduo TDAH não chegará nunca a alcançar aquilo que denominam como um *estado de normalidade*. Nesse sentido, pode-se dizer que esse discurso não perde de vista uma performance adequada ou ideal.

Assim, este, como outros transtornos de fronteira, colocam em cheque a distinção moderna entre o normal e o patológico. Argumentamos<sup>41</sup> que a revolução terminológica que teve lugar no DSM III expandiu enormemente as possibilidades diagnósticas. Rose (2006), ao comentar a conclusão de uma pesquisa nos Estados Unidos – trata-se de um levantamento caseiro que mostra que metade dos americanos se encontrarão dentro dos critérios para um transtorno presente no DSM IV em algum momento de suas vidas, com a primeira ocorrência acontecendo na infância ou adolescência (Kessler et al., 2005 apud. Rose, 2006, p. 472), levanta a hipótese que a “própria ideia de normalidade ou saúde mental está em risco” (Rose, 2006, p.472). Consideramos que ela está em risco na medida em que não é mais uma categoria fixa, com contornos bem definidos. Se quase todos nós somos potencialmente localizáveis nas categorias diagnósticas do DSM em algum momento de nossas vidas, é a ameaça permanente de sair do estado de normalidade, que não obstante é fluido como as categorias do DSM, que devemos constantemente gerenciar.

No caso do TDAH, o convite à permanência do cuidado não necessariamente está ligado a qualquer manifestação de mal-estar. Todos somos candidatos ao transtorno. Por isso a importância da sua divulgação e da diagnose precoce, que se justificam pela hipótese do sub-diagnóstico, baseada nas taxas abstratas dos estudos epidemiológicos. É com apoio no argumento de que “em cada sala de aula deve existir pelo menos uma criança com esse problema” (ABDA, S.D., p.11) que professores são convocados a procurar “o seu” TDAH, antes que os problemas apareçam de fato. Age-se por antecipação, e não apenas diante de uma situação de conflito.

---

41 No primeiro capítulo, item 2.4

A lógica do risco opera exatamente na diluição destas fronteiras e das distinções binárias da sociedade disciplinar. A expansão dos diagnósticos psiquiátricos está ligada à re-espacialização do controle psiquiátrico e à desinstitucionalização dos loucos. Com a crise das instituições da sociedade disciplinar de uma maneira geral – que definiam espaços fechados no interior dos quais determinadas formas de subjetividade eram produzidas de maneira regular – o controle nas “sociedades de controle” (Deleuze, 1992) funciona não mais por confinamento, como nas sociedades disciplinares teorizadas por Foucault, mas por regulação nos espaços abertos, através de todo campo social.

Nas instituições asilares, a periculosidade era considerada uma característica patológica inerente a alguns pacientes que demandavam certas medidas especiais de observação e controle. Na sociedade contemporânea, trata-se de calcular e, em função destes cálculos, gerenciar as condutas das pessoas potencialmente perigosas para a sociedade ou para si próprias. São formas de administrar condutas nocivas que se fazem necessárias em nossa “Idade da Liberdade”, como nos diz Rose (2002). A internalização por parte de cada um de nós de um perigo abstrato, posto que matematizado, funciona como limite e como tentativa de dominação das incertezas sobre nosso futuro: “As tarefas da objetividade são impostas às disciplinas da saúde mental, pois parece que a incerteza só pode ser domada gradeando o espaço livre e liberal da comunidade com vigilância, cálculo, comunicação e controle” (*ibid.*, p.228). Trata-se, portanto, de novas formas de controle na passagem da sociedade da norma para a sociedade do risco.

Ainda que colocado como um saber objetivo, a noção de risco, como ferramenta de controle social é necessariamente moral, já que envolve decisões sobre quais são os comportamentos que devemos controlar, bem como os eventos futuros que devemos evitar. A ideia de “comportamentos perigosos” dependerá sempre do julgamento social sobre o que conta ou não conta como risco para uma determinada população – aquela na qual as escalas foram desenvolvidas (Rose, 2002, p.229).



Nesse sentido, a importância social do TDAH reside justamente no tipo de risco que este transtorno representa. O processo de difusão do alcance deste diagnóstico psiquiátrico nos dá a ideia do ideal de normalidade a que somos convocados. Se, como vimos, este transtorno habita a fronteira com a normalidade, ainda assim falar de transtorno, de déficit, de disfunção, implica supor e, por oposição, construir, um estado físico normal e uma performance comportamental adequada. Questioná-lo significa refletir sobre as expectativas sociais às quais somos convocados a corresponder.

O que é o indivíduo TDAH senão justamente aquele que coloca a si e ao outro em risco por sua incapacidade de autocontrole? Em uma sociedade regulada pelo risco, que pressupõe a capacidade de planejamento do futuro e do controle do comportamento, as atitudes impulsivas, irrefletidas, a incapacidade de atenção orientada para ação, a desorganização e falta de planejamento, tornam-se signo patológico.

#### **4.4. O TDAH como mediador dos conflitos escolares**

Como vimos, o TDAH é um transtorno original e predominantemente infantil. Enfatiza-se cada vez mais a sua persistência na idade adulta, ainda que os sintomas se tornem menos evidentes. Alega-se que os riscos aos quais ele está associado – a não adaptação social e o fracasso escolar – têm impacto tanto para a criança e para o seu entorno, quanto para o adulto em que esta criança se transformará. A lógica de prevenção do risco, portanto, parece radicalizada neste transtorno.

Por ser fundamentalmente diagnosticado na infância, quem se queixa dos sintomas, em geral, não é o paciente, e sim os adultos que estão a sua volta. Além disso, toda a empreitada de divulgação de informações para a sociedade que visa a identificar portadores em potencial nos mostra que o objeto da psiquiatria não são apenas as crianças gravemente afetadas, mas todas aquelas que podem vir a ter comportamentos de desadaptação. Em suma, não é

necessário que a criança expresse mal-estar nem que possua comportamentos marcadamente distantes da norma para que estes sejam patologizados. É nesse sentido que o discurso do TDAH naturaliza as capacidades de autocontrole e eficiência, características valorizadas em nossa sociedade como nunca antes.

O movimento de naturalizar a *boa adaptação* ao ambiente escolar e social supõe que o que se percebe como não adaptação será necessariamente vivido como sofrimento atual ou no futuro. Para que a má conduta seja tornada patológica, não se pode admitir qualquer outra motivação, interesse ou prazer nas atitudes de indisciplina ou de distração. Entende-se que a criança que incomoda ou se alheia do seu ambiente o faz porque não é capaz de agir de outra maneira: “a criança que perturba é considerada uma criança perturbada” (Dupanloup, 2004, p.307). A patologização dos comportamentos desviantes supõe interpretar: que a criança gostaria, mas não pode agir de outra maneira – a criança é naturalmente “boa”; que necessariamente ela irá sofrer em sua consequência.

É a partir da suposição de que há uma relação necessária entre desadaptação e baixa auto-estima que se torna admissível a administração de um psico-estimulante para crianças ainda muito pequenas. O argumento de que “é pelo bem da criança” é uma justificativa moralmente necessária para que se possa intervir quimicamente no sentido de melhor adaptá-la. Homogeneiza-se, desta forma, o processo de amadurecimento infantil em nossa sociedade que preza pela “liberdade” e pelo “respeito à diferença”: pressupõe-se, por um lado, a intenção infantil de corresponder a certas expectativas e, por outro, que um processo de adaptação social e de constituição de si, para ser *normal*, é sem conflitos e sem rejeições.

A adaptação social da criança se dá fundamentalmente na escola e aí que são impostos os maiores desafios para a criança com comportamentos de TDAH. A ideia da criança eficaz, performática e bem sucedida socialmente relaciona-se ao seu sucesso neste ambiente. Nesse sentido, “A ameaça do fracasso escolar se impôs como leitmotiv das prescrições de Ritalina” (Dupanloup, 2004,

p. 303), já que o bom desempenho na vida escolar parece, de fato, requisito para a boa adaptação e sucesso social no futuro. Aqueles com dificuldade de se organizar, de focar a atenção em meio à avalanche informacional em que vivemos, de bem gerenciar as ações e de controlar o próprio corpo, correm mais riscos de fracassar nesse processo educacional; por sua vez, este parece operar cada vez mais por competição e menos por adequação a modelos rígidos de composição da identidade do aluno.

A escola, cenário privilegiado de construção e regulação das nossas vidas, acompanha as transformações do nosso “mundo organizacional por excelência” e aproxima-se cada vez mais da empresa em sua organização (Batista-dos-Santos, 2008, p.1). A tendência contemporânea de aproximar a escola da lógica empresarial é encampada inclusive por setores públicos, como é o exemplo da política da atual secretaria de educação do Rio de Janeiro. No ano de 2009, no município do Rio de Janeiro, foram realizadas avaliações objetivas e padronizadas para todos os alunos da rede básica de ensino com o objetivo de detectar aqueles que precisam de reforço e, assim, criar metas para a educação: “o objetivo das avaliações é detectar precocemente os problemas de aprendizagem e agir sobre eles” (Multirio, 2009). Uma das medidas anunciadas são prêmios em dinheiro – diferenciados de acordo com a idade dos alunos – para os professores e coordenadores pedagógicos que conseguirem alfabetizar todas as crianças até os oito anos. Outra medida é uma gratificação para a equipe das escolas que atingirem as metas de aprendizagem que “será concedida de acordo com o desempenho dos alunos numa avaliação externa, aplicada no fim do ano” (Multirio, 2009). Um *blog* da empresa multinacional INTEL elogia essa política que demonstrou “a importância de medir resultados para formulação de políticas públicas que gerem competitividade” (Intel, 2008).

A visão empresarial da educação, que busca resultados objetivos e estatísticos, acaba por desconsiderar processos mais globais da formação humana, que só poderiam ser avaliados de forma qualitativa. Além disso, centrar o processo de alfabetização de um aluno na competência do professor pode levar

à desvalorização de outros aspectos importantes no processo educacional, como a relação professor-aluno, a estrutura da escola, o exercício da construção e implementação de um projeto político-pedagógico e a realização de atividades pedagógicas extra-curriculares importantes para o seu desenvolvimento.

Um sistema de avaliação e de premiação que visa gerar competitividade e melhores resultados tem, como contrapartida, a valorização dos indivíduos produtivos, adaptáveis, flexíveis. A escola-empresa tem como objetivo formar indivíduos que possam se inserir em um mercado de trabalho altamente competitivo – que funciona segundo as regras da acumulação de capital flexível – e assim “contribuir para o aumento da produtividade e competitividade empresariais” (Santos, 2008), criando um novo nexo entre ciência e tecnologia e o trabalho.

Essa escola-empresa, que seleciona os indivíduos não por sua conformidade à norma, mas pela maior eficiência, ainda não se materializou. O momento parece ser de transição. Nossas escolas são serializadas e normativas, sua organização é disciplinar e seus profissionais ainda convocam para si os ideais de autoridade e de tradição. Esses, entretanto, confrontam-se cotidianamente com a própria incapacidade de fazê-los valer. Assistimos, nas palavras de Dubet (1998), a um processo de desinstitucionalização, que corresponde a desagregação do espaço escolar e a precarização do papel de autoridade conferido ao professor. A função da instituição escolar de constituir as individualidades de acordo com modelos de normalidade e anormalidade e de manter rígidas as fronteiras entre o seu interior – a disciplina escolar – e o exterior – a comunidade e a família – vem paulatinamente se desestabilizando. As regras disciplinares da escola tradicional abrandaram-se em sucessivas reformas pedagógicas e esta é cada vez mais invadida pelo mundo da criança, sua família, seus hábitos, suas reivindicações.

Se as regras de comportamento estão menos rígidas, isso não significa que as expectativas sociais com relação à criança diminuam. Cada vez mais, nas escolas, é a capacidade da criança de *fazer as escolhas certas* que condiciona

sua inclusão ou exclusão, seguindo a tendência contemporânea que parece definir “diferentes destinos sociais para indivíduos de acordo com suas capacidades variadas de viver segundo os requerimentos de competitividade e lucro” (Castel, 1991, p.294). Em um ambiente competitivo, o discurso que afirma que a criança tem o direito de funcionar de acordo com o seu potencial máximo, adquire força e sentido.

O discurso psiquiátrico busca aliar-se aos educadores. Em primeiro lugar, é preciso que estes saibam reconhecer os portadores, na medida em que é na escola que o transtorno se faz presente. Se nos voltarmos, além disso, à análise dos nossos artigos, retomamos a ideia recorrente de que o tratamento do TDAH é proposto como *cura* para o fracasso escolar. Neste contexto de transição e desestabilização do lugar de autoridade e saber do professor, que não é desvinculada da crise mais ampla de autoridade que inclui a flexibilização da hierarquia familiar, propomos que o diagnóstico do TDAH pode funcionar como mediador das relações de conflito dentro da escola.

O recurso principal de muitos professores em casos de desadaptação ao ambiente escolar é chamar a família à escola. Trata-se de ameaçar a criança com uma medida disciplinar, partindo-se do princípio de que a autoridade da família possa lhe valer e de exigir providências de contenção da criança problemática, já que o próprio professor não conta mais com muitos recursos, sejam simbólicos ou práticos, para sua correção. Dessa forma, quando reconhece na criança um potencial portador de TDAH, muitas vezes é o professor quem encaminha ou mesmo pressiona a família a procurar assistência médica.

De posse do diagnóstico psiquiátrico, e em função deste, as relações se reorganizam. Os atores escolares podem ficar mais satisfeitos em suas reivindicações, seja porque, de fato, a criança melhora de comportamento, mas também porque se constrói uma inteligibilidade para suas atitudes de não adequação. Por outro lado, a própria família sente-se aliviada, ao mesmo tempo desresponsabilizada e responsável pelas medidas de cuidado tomadas.

Outra consequência para a relação família-escola apoiada pelos defensores do TDAH é a posição de reivindicação por parte da família de que a escola tenha atitudes de cuidado e atenção especiais para com o portador. A escola deve estar preparada para o aluno TDAH. O diagnóstico possibilita exigências com base em argumentos caros ao discurso educacional: inclusão social e aceitação das diferenças, tudo isso ancorado e legitimado pelo discurso de autoridade médico-científico.

Vimos que uma das grandes lutas encampadas pela ABDA é a inclusão do transtorno nas leis de educação especial do país, para que assegurem tratamento e condições especiais ao portador do transtorno. Nos Estados Unidos, já em 1998, vinte e um Estados possuíam uma política educacional especial destinada a estas crianças com determinações de medidas para o aprimoramento das escolas na educação dos portadores de TDAH (Rafalovich, 2002, p.215). Já no Brasil, até o momento, não existem leis que tratem especificamente da questão do TDAH, mas propostas de que o transtorno seja considerado como uma necessidade especial e, desta forma, seja incluído na legislação e programas de Educação Especial do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Podemos citar como exemplo a proposta do Deputado federal Alceni Guerra (DEM), médico, que requereu e presidiu audiência pública para discussão do TDAH e suas consequências na vida escolar e social do aluno. Esta audiência realizou-se no dia 25 de outubro de 2007 e foram depoentes Iane Kestelman – presidente da Associação Brasileira do Déficit de Atenção; Daniel Segenreich – Professor e Pesquisador do Grupo de Estudos em Déficit de Atenção (GEDA) e Denise de Oliveira Alves – Coordenadora-Geral de Articulação da Política de Inclusão da Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação. Os dois primeiros são membros da ABDA, vale lembrar.

Em linhas gerais, a audiência consistiu em exposições com a finalidade de demonstrar que o “TDAH é um transtorno bem estudado e estabelecido no mundo todo” (CSSF, 2007), que conta com embasamento científico e com relatos de experiências profissionais e pessoais. Foi defendida a ideia da

necessidade de atenção política e legal aos portadores deste transtorno. O deputado Alceni Guerra finalizou a sessão dizendo estar se preparando para apresentar um projeto de lei obrigando o sistema de saúde a diagnosticar precocemente todos os transtornos de déficits psicomotores da criança, incluindo artigos e parágrafos específicos para TDAH, a exemplo dos Estados Unidos. Ele entende que, com políticas de prevenção e tratamento, será possível atenuar o impacto desses na sociedade mundial.

Em nível federal, não encontramos informações a respeito da concretização da proposta de elaboração de projeto de lei. Entretanto, em janeiro de 2008, um grupo de trabalho coordenado pela Secretaria de Educação Especial (Seesp/MEC) elaborou o documento: *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*, que sistematizou as diretrizes para nortear a educação especial (MEC, 2007). Neste documento, o TDAH é abordado na seção V – “alunos atendidos pela educação especial” – e é incluído como um transtorno funcional específico. Seus portadores são também considerados público-alvo desta política.

Este quadro nos mostra mais uma face do processo de legitimação do TDAH que, seguindo a tendência norte-americana, está cada vez mais se tornando pauta de políticas públicas em nosso país. Neste sentido, vale ressaltar que atualmente a ABDA se engaja na ideia de incluir o TDAH em uma legislação já em vigor. Nas *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica* – Resolução número 02/2001 do CNE, artigo V, consideram-se alunos com necessidades educacionais especiais aqueles que apresentam dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos: aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica e aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências.

Nesse sentido, todos os alunos que têm comprometimentos educacionais graves são considerados alunos com necessidades educacionais especiais. Parece, portanto, que a inclusão da condição específica do transtorno na legislação visa,

por um lado, o maior reconhecimento público do TDAH e, por outro, orchestra uma sobreposição, uma relação de necessidade, entre o direito à integração escolar – que é direito de todos – e o diagnóstico psiquiátrico.

Machado (2006) promove uma discussão sobre a questão da inclusão educacional que, ao nosso ver, denuncia como o discurso dos defensores do TDAH sobre a integração escolar acaba, paradoxalmente, reforçando a exclusão escolar. Para a autora, a radicalidade da inclusão está no fato de que a presença da criança diferente na escola possa proporcionar a problematização das práticas escolares de exclusão, de competitividade, de individualização dos problemas. Visar exclusivamente a maior adaptação do aluno às leis de melhor competência do sistema educacional reforça, ainda segundo a autora, a lógica perversa da exclusão. Há, então, que se pensar em que medida o discurso que enfatiza o direito ao melhor desempenho possível não produz, ele próprio, frustração.

O sistema diagnóstico, que procura nas deficiências do aluno as causas para os fenômenos de desadaptação social produz e intensifica a exclusão e impede que se perceba “o transbordamento que se produz por não caber os sujeitos no funcionamento institucional da maneira como está” (*ibid.*, p.133). Nesse sentido, o diagnóstico do TDAH pode ajudar a manter intactos e não questionados alguns problemas de ordem institucional, como a intolerância à diferença por parte dos professores, a falta de gerenciamento adequado da unidade escolar, as salas de aula cheias demais, o desgaste das relações interpessoais, que se produz e se perpetua nesse ambiente, só para dar alguns exemplos.

Ainda que este transtorno seja indissociável do ambiente educacional e encontre em seus atores seus principais interlocutores, os educadores não parecem engajados na produção de saber e nas lutas políticas que se desenrolam em torno deste. Assim como não encontramos em nossa pesquisa uma produção científica em ‘Educação’ expressiva sobre o tema, também não nos pareceu que este seja relevante em outros espaços de produção de saber desta área. Nas reuniões anuais organizadas pela ANPED (Associação Nacional de Pós-



Graduação e Pesquisa em Educação), que são os principais encontros de pesquisa em Educação *latu sensu*<sup>42</sup> e que possuem um grupo de trabalho específico para discussões sobre Educação Especial, o TDAH não foi tema de discussão nos últimos 8 anos.

Da mesma forma, os direitos educacionais do portador de TDAH no âmbito legal têm sido mais discutidos por médicos, portadores e familiares, muitos deles associados à ABDA, do que pelos próprios educadores. Entretanto, as reivindicações são muitas vezes feitas em nome do professor. Tratar-se-ia, além do benefício da criança, de uma proteção para este e de uma forma de “denunciar que não pode ficar isolado ou solitariamente enfrentando questões que demandam a intervenção de vários profissionais”<sup>43</sup> (Câmara, 2007).

São os especialistas, portanto, que devem apoiar o professor e orientar seu olhar para a criança com comportamentos de desadaptação. O discurso psiquiátrico se propõe a auxiliá-lo, corrigindo no aluno aquilo que dificulta o processo educacional. Em uma conjuntura em que o professor tem, ele próprio, um currículo e regras a seguir, e uma turma inteira da qual não pode descuidar, o que desvia precisa ser justificado e manejado. A postura de encaminhamento automático de alunos problemáticos, que ao nosso ver condiz com o pequeno interesse acadêmico na área 'Educação' sobre o tema da desadaptação em geral e do TDAH em particular, fazem parte de um mesmo processo de expulsão da escola daquilo que seu sistema inevitavelmente produz.

Os comportamentos de desadaptação infantil – a indisciplina, a indiferença, a rebeldia – são, em geral, tudo aquilo que se quer eliminar do cotidiano escolar. No discurso do TDAH, a desadaptação às normas escolares aparece como um problema, um *déficit*, uma falha, que é inerente ao aluno, e que é, portanto, exterior à instituição na qual tais normas são engendradas.

---

42 Os demais encontros são menores e sem grande projeção acadêmica. Além destes, existem inúmeros encontros das áreas mais específicas da Educação, denominadas como “ensino de”, relacionando a Educação às disciplinas específicas como: Ensino de Ciências, de Física, de História, de Educação física e assim por diante

43 O deputado federal Eduardo Barbosa, médico, membro titular representante do Estado de Minas Gerais pelo PSDB, por ocasião da audiência pública de outubro de 2007 para discutir o TDAH

Entretanto, ao refletirmos sobre o comportamento indisciplinado, disruptivo, desajustado, vemos que não é possível descontextualizá-lo. Ele caracteriza-se, justamente, em função e em oposição às expectativas e regras sociais. A indisciplina, desse ponto de vista, não é contingente ou exterior à organização educacional, a sua função política, ao corpo de leis que a embasa e estrutura, a sua gestão, às relações interpessoais que aí se estabelecem e etc., mas representa uma *“forma de expressão das instituições sócio-políticas-pedagógicas implicadas com certos modos de fazer/pensar a educação”*. (Rocha, 2001, p. 214). Se a escola é uma instituição homogeneizadora por excelência, tanto o que se espera quanto o que transgride é inerente ao processo educacional.

A maioria dos artigos que analisamos compartilha de uma mesma concepção: a que considera que os comportamentos desviantes infantis são perturbações internas ao sujeito e, portanto, que o aluno desadaptado porta uma patologia, quer seja subjetiva ou física. A valorização dos problemas de conduta ou de adaptação infantil como objeto de saber científico e como alvo de intervenção especializada é indissociável da própria história da expansão do sistema nacional de ensino que se deu nas décadas de 1920 e 1930 do século XX, quando, com a inclusão de crianças até então excluídas dos dispositivos formais de instrução, tornou-se necessário explicar e intervir nas diferenças de rendimento da clientela escolar<sup>44</sup>. A apropriação dos comportamentos de desadaptação infantil pelos especialistas da área da saúde não é prática privativa, portanto, dos psiquiatras que defendem a diagnose do TDAH.

Entretanto, se podemos falar em termos de continuidade, nos voltamos, principalmente, para certas rupturas que este discurso psiquiátrico representa em nossa sociedade. Quando um professor se refere a um aluno como alguém com um *déficit* de atenção ou o encaminha ao neurologista, porque este lhe parece mais agitado do que o normal, isso nos aponta para um contexto no qual é esperado que procuremos uma causa cerebral, neuronal, física – a qual supõe intervenção medicamentosa – para a ação de não respeitar as regras no

---

44 c.f. Patto (1990); Lima (2006)

momento proposto. Foi para as transformações na concepção da desadaptação e no ideal de normalidade, que participam do processo de expansão e legitimação do TDAH em nossa sociedade, que nos voltamos nesse capítulo. Procuramos compreender como esse discurso psiquiátrico, ao mesmo tempo, propõe ajustar os indivíduos a uma determinada ordem social e participa, ele próprio, da produção desta ordem.

## 5. Considerações finais

No início desta pesquisa fui movida pela sensação de perplexidade diante de um transtorno que ganhou ares de fenômeno na área da educação. Se me deparei com muitas crianças medicadas, famílias muito bem informadas, professores peritos na identificação dos alunos TDAH, também presenciei algumas demonstrações de revolta, falas enérgicas “contra” o diagnóstico, mães recusando encaminhamentos e crianças reclamando do “remédio de gente maluca”. Essa mobilização, de qualquer forma, atesta a penetração social, especialmente dentro do espaço escolar, que o TDAH vem adquirindo.

O que nos orientou ao longo deste trabalho foi a análise de alguns fatores sócio-históricos que tornaram possível que este transtorno mobilizasse tanto interesse científico, tantas controvérsias públicas e se tornasse motivo de tantos encaminhamentos para a rede de saúde. Ao final do percurso, penso que foi possível delinear, não uma síntese, mas uma inteligibilidade possível para o processo de difusão e legitimação do diagnóstico do TDAH no Brasil.

Orientamo-nos pela concepção de que o processo de construção do saber científico é intrinsecamente social, posto que construído no tempo e na cultura e, por isso, buscamos compreender como a circulação no campo *esotérico* de certas formas de compreender e de pesquisar sobre o nosso tema são parte de mudanças mais amplas da nossa cultura.

Escolhemos como porta de entrada para nossa investigação a análise das controvérsias nas publicações científicas, espaço de circulação de conhecimento sobre os comportamentos que caracterizam o TDAH. Esse mapeamento visou compreender o processo recente de biologização da compreensão dos comportamentos humanos no Brasil e como as diferentes concepções, quer organicistas ou não, se opõem ou se conectam na construção do TDAH.

Vimos como, mesmo nas publicações psiquiátricas brasileiras, que são monopolizadas por uma mesma perspectiva biologizada sobre os

comportamentos de desadaptação, não é possível estabelecer um diagnóstico de TDAH unívoco e epistemologicamente sólido. Entretanto, dada a padronização dessas publicações – o seu caráter descritivo e ausência de problematização teórica – as controvérsias nos resultados das pesquisas tornam-se divergências pontuais, que motivam mais investigações do mesmo tipo. Reforça-se, assim, ao fazer circular esse tipo de pesquisa, ou dito de outra forma, ao fazer operar sua lógica, o transtorno e o modelo neuro-biológico que o sustenta. Aliado a isso, os artigos que possuem abordagens alternativas à compreensão reducionista – que constituem potenciais adversários à legitimação do TDAH, na medida em que servem como ferramenta de questionamento das explicações reducionistas do grupo ‘Medicina’ – por sua menor circulação e coesão, não parecem impor grande resistência ao processo patente de hegemonização do discurso biológico no meio científico.

Apesar da intensa controvérsia científica que o TDAH mobiliza e da dificuldade em se postular os critérios garantidores do seu *status* científico, pudemos perceber, particularmente na análise do discurso de divulgação, que é justamente recorrendo à sua legitimidade acadêmica que se postulam as estatísticas aparentemente seguras e as descrições consensuais que garantem a validade do transtorno. A análise do material presente no *site* da ABDA nos permitiu delinear com mais nitidez o caráter inegavelmente social do TDAH, que, não obstante, parece ter como condição de existência e legitimidade a negação da sua relação com as expectativas sociais.

Esse material reúne, ao mesmo tempo, os depoimentos sobre as experiências pessoais – de sofrimento, de alívio pela descoberta do transtorno e da possibilidade de resignificação da vida – e as afirmativas reiteradas sobre o caráter objetivo das informações científicas. O TDAH legitima-se tanto pela função política que adquirem as histórias privadas – é em nome do sofrimento individual (atual ou antecipado) relatado pelas famílias ou portadores, que se justifica a investigação científica, o investimento financeiro, as políticas de inclusão, a mobilização social – quanto pela objetivação dos comportamentos

associados a esses sofrimentos. Desse modo, a divulgação do TDAH naturaliza as diferenças individuais e pressupõe que cada um conheça, se aproprie e conduza sua vida de acordo com informações científicas e objetivas. Se a vida cotidiana é *cientificizada*, vimos, por outro lado, como, no discurso *científico* do TDAH, é o sofrimento publicizado e a vida particular, que funcionam como o *leitmotiv* para o diagnóstico e tratamento do transtorno.

Os sofrimentos relatados e os riscos aos quais o transtorno se associa são os de desadaptação social e de insucesso escolar. Cria-se um padrão de criança naturalmente cordata e boa aluna. Para aqueles que se diferenciam desse modelo, pressupõe-se um *déficit* de origem orgânica que impede o bom funcionamento do autocontrole. Em suma, se a boa adaptação, para este discurso, é natural, os comportamentos de indisciplina e alheamento, quando excessivos, são desvios biologicamente determinados.

Pela indissociabilidade entre o transtorno e o que se produz de *problemático* no ambiente escolar, o diagnóstico e tratamento do TDAH possibilitam uma intervenção médica sobre a desadaptação ao ambiente e às normas escolares. O fracasso escolar se torna, nessa perspectiva, um *déficit* individual e medicalizável e, portanto, a-cultural e a-histórico. Essa concepção biologizada dos comportamentos infantis se impõe, entre outros fatores, na medida em que ela possibilita neutralizar certos conflitos educacionais sem questionar o próprio ambiente escolar, familiar ou as exigências e normas sociais.

Propusemos que este transtorno e sua expansão têm como condição de existência algumas transformações contemporâneas que se operaram nas fronteiras tipicamente modernas entre o normal e o patológico, entre o público e o privado, entre os espaços institucionais, como a escola ou o asilo, e os espaços abertos da comunidade. A crescente biologização e objetivação da compreensão dos comportamentos humanos, a cientificização da vida cotidiana, a perda de poder simbólico da psicanálise no Brasil a elas relacionadas, a eficácia de um medicamento na melhoria da adaptação social e educacional dos indivíduos, o

ideal de controle das incertezas futuras através do aprimoramento das qualidades de auto-controle, fazem todos parte desse processo, que possibilita a grande expansão desse diagnóstico no país e das expectativas sociais de “desempenho ótimo” que ele veicula. Se a terapêutica medicamentosa é eficaz no controle dos comportamentos desadaptados, é a sua eficiência social, institucional, econômica e moral que não podemos perder de vista se quisermos circunscrever a representação deste transtorno em nossa sociedade.

Postular sua eficiência social significa compreendê-lo como uma ferramenta útil, posto que responde, de maneira mais ou menos satisfatória, a certas formas de sofrimento ou desamparo humano, e a uma série de demandas sociais que se nos impõem. Entretanto, a despeito do fato de que esse diagnóstico possa, de fato, ter consequências positivas para o desenvolvimento de algumas crianças – para sua auto-estima, sua integração social ou seu desempenho educacional – cabe lembrar que o discurso que o veicula tem implicações sociais que não são desvinculadas da própria produção de sofrimento e de frustração que ele visa resolver. Assim, propomos que a questão não deva ser tratada apenas do ponto de vista da “cura” pessoal, como retratada, por exemplo, nos depoimentos veiculados no *site* da ABDA. Se é socialmente que o TDAH adquire sentido e potência, é justamente para essa dimensão que sua lógica individualista nos cega.

Do ponto de vista coletivo, esse transtorno parece acompanhar e alimentar a tendência para a crescente homogeneização das condutas e das expectativas sociais, tanto pelo processo de naturalização e objetivação que engendra, quanto pela maior intolerância para as diferenças humanas de comportamento. Aqui, entretanto, cabe uma ressalva. Analisamos, fundamentalmente, sua dimensão discursiva. Tudo aquilo que se enuncia sobre o diagnóstico e sobre a eficácia de seu tratamento, é inevitavelmente subvertido quando da sua apropriação social.

Discutimos algumas tendências contemporâneas às quais o transtorno se liga. Entretanto, consideramos que a complexidade humana resiste, em parte, ao

processo de padronização e objetificação que encontramos nas publicações científicas. Reportamo-nos aqui às diferentes formas com que o diagnóstico é apropriado na vida cotidiana: quais as transformações que inevitavelmente ele sofre ao se tornar vocabulário comum; como certas condutas passam a ser organizadas a partir da adesão ao diagnóstico; em que medida as pessoas, no Brasil, se sentem de fato dispostas a fazer uso de medicação controlada; como se dão as recusas ao diagnóstico por parte de professores e mesmo de médicos; como os professores que encaminham uma criança ao neurologista lidam e se relacionam com ela no cotidiano e o que se produz de afeto e de conflito nessas relações a partir do diagnóstico ou apesar dele; como os sujeitos diagnosticados e tratados criam modos de lidar com o sofrimento e o desamparo, já que, apesar da medicação, as categorizações e terapêuticas psiquiátricas podem não ser capazes de encerrar as incertezas humanas, e etc. Nesse sentido, nossas investigações nos permitem dialogar com algumas questões sociais que o TDAH coloca em evidência. Mas se quisermos complexificar a compreensão do fenômeno TDAH e suas implicações sociais, há que se explorar todo um campo ao qual não nos voltamos nesta investigação.

As nossas escolhas, a seleção das fontes e as conexões sócio-históricas que elas nos possibilitaram a construção de um certo campo de forças que se estabelece em torno do TDAH. Quando iluminamos diferentes modos discursivos que se ocupam do escolar desadaptado no Brasil, diversas formas de conexão, de convergência, de bifurcação, de oposição, puderam surgir. Assim, participamos também, à medida que recortamos nosso objeto e que adotamos uma perspectiva de análise, deste campo de batalhas que descrevemos. Nosso objeto de estudo é um transtorno recente, em construção e em transformação. Se isso nos possibilitou acessar com menos mediação o processo complexo de construção histórica e social de um conceito nosológico, talvez o preço que tenhamos pago tenha sido o da impossibilidade de nos mantermos à distância.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), Transtorno do Déficit de Atenção com hiperatividade: TDAH, S.D.

ABDA, ABDA. Disponível em: [.http://www.tdah.org.br](http://www.tdah.org.br) Último acesso em 20 de abril. 2009a.

\_\_\_\_\_, ABDA e colaboradoras no Brasil, Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/quem01.php>. Último acesso em 20 de abril de 2009.b

\_\_\_\_\_, Carta de Princípios da ABDA. Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/cartaprincipios.php>. Último acesso em 20 de abril. 2009.c

\_\_\_\_\_, Como se Associar. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/assoc/assoc01.php>.  
Último acesso em 20 de abril de 2009.d

\_\_\_\_\_, O que é o TDAH? Disponível em: <http://www.tdah.org.br/oque01.php>. Último  
acesso em 20 de abril de 2009.e

\_\_\_\_\_. Marcinha tem TDAH?, Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=15&&tipo=T>. Último acesso em 20  
de abril de 2009.f

\_\_\_\_\_. A criança TDAH e a família, Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/depoimento01.php>. Último acesso em 20 de abril de  
2009.g

\_\_\_\_\_. Reportagem da BAND sobre o TDAH, Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=54&&tipo=R>. Último acesso em 20  
de abril de 2009.h

\_\_\_\_\_. TDAH em Adultos: um “transtorno oculto”, Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=26&&tipo=T>. Último acesso em 20  
de abril de 2009.i

\_\_\_\_\_. Tratamento, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/trat01.php>. Último  
acesso em 20 de abril de 2009.j

\_\_\_\_\_. TDAH: um depoimento, Disponível em:  
<http://www.tdah.org.br/reportagem01.php?tipo=T>. Último acesso em 20 de abril  
de 2009.k

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre minha descoberta do TDAH, Disponível em:  
[www.tdah.org.br/reportagem\\_id31.php](http://www.tdah.org.br/reportagem_id31.php). Último acesso em 20 de abril de 2009.l

- \_\_\_\_\_. Mentas Inquietas, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=45&&tipo=R>. Último acesso em 20 de abril de 2009.m
- \_\_\_\_\_. TDAH em mulheres, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=31&&tipo=T>. Último acesso em 20 de abril de 2009.n
- \_\_\_\_\_. TDAH e Transtorno do uso de substância, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=28&&tipo=T>. Último acesso em 20 de abril de 2009.o
- \_\_\_\_\_. São Tomé, rogai pelo Globo, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/trat01.php>. Último acesso em 20 de abril de 2009.p
- \_\_\_\_\_. TDAH: o preconceito contra o uso de medicamentos, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=10&&tipo=T>. Último acesso em 20 de abril de 2009.q
- \_\_\_\_\_. Porque perdemos o foco, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=20&&tipo=T>. Último acesso em 20 de abril de 2009.r
- \_\_\_\_\_. Reportagem da Band sobre TDAH , Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=54&&tipo=R>. Último acesso em 20 de abril de 2009.s
- \_\_\_\_\_. Revista Nova Escola omite dados, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=42&&tipo=R>. Último acesso em 20 de abril de 2009.t
- \_\_\_\_\_. ABDA reúne-se com o MEC em Brasília para desenvolver legislações, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=56&&tipo=R>. Último acesso em 20 de abril de 2009.u
- \_\_\_\_\_. ABDA na Câmara dos Deputados – Brasília, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/reportagem02.php?id=47&&tipo=R>. Último acesso em 20 de abril de 2009.v
- \_\_\_\_\_. Vídeos, Entrevista – Dr. Paulo Mattos (parte 2). Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=qxRnUKAydYo>. Último acesso em 20 de abril de 2009.w

ALONSO, A.; ARAÚJO. R.(org.) *O Futuro da Psicanálise*.Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002

ANDREASEN, N. . DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin* 7, pp. 1-5, 2006

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2 ed.). Washington: American Psychiatric Association, 1968
- \_\_\_\_\_. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. ed.). Washington: American Psychiatric Association, 1980.
- \_\_\_\_\_. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. ed.). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. *Psic.: Teor. E Pesq.*, Brasília, v. 20, n. 2, ago.2004, pp. 127-134. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722004000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200005&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- ARAÚJO, A. P. Q. C. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *J. Pediatr. (Rio J.)*, v.78 supl.1, Porto Alegre, 2002, pp.104-110. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572002000700013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000700013&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- BARKLEY, R. Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. In *Psychological Bulletin*, Volume 121 (1), January, p. 65-94, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade*, São Paulo, Artmed, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Russell A. Barkley Copyright, 2006.
- \_\_\_\_\_. Russel A. Barkley, Ph.D. *The Official Site*. Disponível em: <http://www.russellbarkley.org/index.htm>. Último acesso em 18 de junho. 2008
- BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. . Empresa e Escola: Novos Sentidos e Relações Entre Velhos Construtos Sociais. *Revista Eletrônica Espaço Acadêmico*, v. 83, 2008. pp. 1-5. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/083/83santos.htm>. Último acesso em 04 de junho de 2009.
- BECK, U. *Risk Society*. London: Sage,1992.
- BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. RJ, Zahar, 1989.
- BIRMAN, J., *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2003

- BIRMAN, J.(org.), 1988, *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus editora.
- BORCH-JACOBSEN M., Ciência da loucura, loucura da ciência: o futuro da psicanálise na era dos psicotrópicos. In: Aristides Alonso; Rosane Araujo (Org.). *O futuro da psicanálise*, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p. 189-206.
- BUNGE, M., Epistemología de las ciencias naturales: La Psicología como ciencia natural, *Atas do I Congresso de Teoria e Metodologia das Ciências*, Oviedo: Ed. Pentalfa, 1982.
- CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 10, n. 2, ago. 2005. p.p. p. 181-189. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- CALIMAN, L., *A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento*. Tese de Doutorado em Medicina Social, IMS/UERJ, 2006, inédito
- CAPES. Reestruturação do Qualis. Abril de 2008. Disponível em: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Restrukturacao\\_Qualis.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Restrukturacao_Qualis.pdf). Último acesso em: 17 de março. 2009.
- CAPONI, S., Uma análise epistemológica do conceito de depressão. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. p. 1-9. Disponível em: [www.esp.rs.gov.br/img2/10\\_Sandra\\_Caponi.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/10_Sandra_Caponi.pdf). Último acesso em 01 de junho. 2009.
- CASTEL, R. From dangerousness to risk. In Burchell *et al.* (orgs), *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.
- COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA (CSSF). Câmara dos Deputados, 2007. Audiência Pública Nº: 1865/07 DATA: 25/10/2007. Disponível em: <http://apache.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/comissoes/cssf/notas-taquigraficas/AP%2025-10-07%20-TDHA.pdf>. Último acesso em: 6 de junho. 2009
- COUTINHO, G.; MATTOS, P.; ARAUJO, C. Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007a. pp.13-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000100005&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; DUCHESNE, M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 34, n. 5, 2007b, pp.215-222.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500003&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

CRESPO, I.M. & CORRÊA, C.H.W. Acesso livre à comunicação científica. Revista F@aro. Ano 4(6). 2006. P.1-6. Disponível em

[http://web.upla.cl/revistafaro/03\\_estudios/pdf/06\\_estudios\\_crespo.pdf](http://web.upla.cl/revistafaro/03_estudios/pdf/06_estudios_crespo.pdf)., último acesso em 26 de novembro. 2008

CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 25, n. 3, set. 2003, pp. 139-145. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462003000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000300005&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

CZERESNIA, D & ALBUQUERQUE, M.F.M. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, v.29, n.5, 415-423, 1995.

DELEUZE, G. *Conversações*, São Paulo: Editora 34, 1992.

DOUGLAS, M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London: Routledge, 1992.

DUARTE, G. M.; DE ROSE, J. C. C. A aprendizagem simbólica em crianças com déficit atencional. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, Marília, v. 12, n. 3, dez. 2006, pp. 331-350. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382006000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382006000300004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

DUBET, F. A formação dos indivíduos: a desinstitucionalização, *Revista Contemporaneidade e Educação*, ano 3, v3, p.27-33, 1998.

DUPANLOUP, A. *L'hiperactivité infantile: analyse sociologique et d'une controverse socio-medicale*, These, Université de Neuchatel/ Faculté des Sciences Economique et Sociales, 2004, inédito

ERICSON, R. E DOYLE, A. *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press, 2003.

FACCHINETTI, C. *A Formação de psicanalistas no Brasil: o exemplo do Rio de Janeiro*. Artigo que resultou de Pesquisa para Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) – apoio CNPq, 2006, inédito.

\_\_\_\_\_. *Deglutindo Freud: histórias da digestão do discurso psicanalítico no Brasil*, Tese de Doutorado em Teoria Psicanalítica, IP, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2001. 1v. Inédito

- FARAONE, S.V.; SERGEANT, J.; GILLBERG, C.; BIERDERMAN, J. The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition? *World Psychiatry* 2: 104-13, 2003.
- FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2002, pp. 35-44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722002000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100005&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho de 2009.
- FIGUEIREDO, A.C. O movimento psicanalítico no Rio de Janeiro na década de 70 In: BIRMAN, J. (org) *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Taurus editora, 1988, p. 123-147.
- \_\_\_\_\_. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FLECK, L., *la génesis e el desenvolvimiento del hecho científico*, Madrid, Alianza Editorial, 1986.
- FONTANA, R. S.; VASCONCELOS, M. M.; WERNER Jr, J.; GOES, F V; LIBERAL, E. F. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 65, n. 1, mar.2007, pp. 134-137. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2007000100027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000100027&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- FREIRE, A. C. C.; PONDE, M. P. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 63, n. 2B, jun.2005, pp.474-478. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2005000300020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000300020&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho 2009.
- FRELLER, C. C.; SOUZA, B. P; ANGELUCCI, C. B.; BONADIO, A. N.; DIAS, A. C.; LINS, F. R. S.; MACEDO, T. E. C. R. Orientação à queixa escolar. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 6, n. 2, dez.2001, pp. 129-134. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722001000200018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200018&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- GOMES, F; MATTOS, P; PASTURA, G.; AYRÃO, V; SABOYA, E. Executive functions in a non-clinical sample of children and adolescents with (ADHD). *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 54, n.3, 2005, pp. 178-181. Disponível em: [http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(3\)2005\\_\(178-181\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(3)2005_(178-181).pdf). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- GOMES, M.; PALMINI, A.; BARBIRATO, F.; ROHDE, L. A.; MATTOS, P. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007, pp.94-101. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000200004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

GUARDIOLA, A.; FUCHS, F. D.; ROTTA, N. T. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v. 58, n. 2B, São Paulo, jun.2000, pp. 401-407. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2000000300001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000300001&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

HENNING, M., Neuroquímica da vida cotidiana *Cadernos IPUB*, RJ, v. VI, n. 18, 2000

HORTALE, VA. Modelos de avaliação CAPES: desejável e necessário, porém incompleto. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1837-40, 2003, pp. 1837-1840. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600027&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600027&lng=pt). Último acesso em 05 de junho de 2009.

INTEL, Educação Digital, Inicativas empreendedoras em educação. 2008. Disponível em: [http://blogs.intel.com/educacaodigital/2008/11/iniciativas\\_empreendedoras\\_em.php](http://blogs.intel.com/educacaodigital/2008/11/iniciativas_empreendedoras_em.php). Último acesso em: 6 de junho. 2009.

INTERNATIONAL CONSENSUS STATEMENT ON ADHD (ICS), January 2002. In *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 5, No. 2, June 2002.

ISRAEL, A., AZEVEDO, C., RIBEIRO, O., PAIVA, T. Projeto do Pólo de Atendimento Extra Escolar, manuscrito, 2001

ITABORAHY, C., *A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo* Dissertação de Mestrado em Medicina Social, IMS/UERJ, 2009, inédito

LANE, C., *Shyness: how normal behaviour became a sickness*. Yale University Press, 2007.

LATOUR, B., *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*, São Paulo, UNESP, 2000

LIMA, A.L.G. A “criança-problema” e o governo da família. *Estilos da Clínica*, 11(21), 2006, pp.126-149. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282006000200009&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000200009&lng=pt&nrm=). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

LIMA, R., *Somos todos desatentos? O TDAH e a construção de bioidentidades*, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2005.

- MACHADO, A.M. Educação inclusiva: de quem e de que práticas estamos falando? In BAPTISTA C. R. (Org), *Inclusão e escolarização. Múltiplas perspectivas* Porto Alegre: Mediação, 2006, p.127-136.
- MAGALHÃES, M. Haverá psicanálise no século XXI ou a Psicanálise tem futuro? *Boletim de Novidades Pulsional*, São Paulo, Ano IX, nº91, 1996.
- MATTOS, P., *No mundo da lua*, São Paulo, Lemos Editorial, 2003.
- \_\_\_\_\_. Currículo Lattes – CNPQ. Disponível em:  
<http://lattes.cnpq.br/3880146567893873>. Último acesso em 18 de junho de 2008.
- MEC, Política da Educação Especial. 2007. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9737&catid=205](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9737&catid=205). Último acesso em: 6 de junho. 2009
- MEISTER, E. K.; BRUCK, I.; ANTONIUK, S. A.; CRIPPA, A. C. S.; MUZZOLON, S. R. B.; SPESSATTO, A.; GREGOLIN, R. Learning disabilities: analysis of 69 children. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 59, n. 2B, jun.2001, pp. 338-341. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2001000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000300005&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- MELLONI, M. T., O movimento psicanalítico no Brasil (1937-1959): efeitos de um processo de institucionalização, 1v. Dissertação de mestrado. PPGHCS, COC, Fiocruz., 2009, inédito
- MELO, M. B. E BRANT, L. C. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. *Psicol. Cienc. Prof.*, 2005, pp. 14-29, vol.25, no.1. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000100003&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100003&lng=es&nrm=iso). Último acesso em: 6 de junho. 2009.
- MONDARDO, A H & VALENTINA, D D. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. *Psicol. Reflex. Crit. [online]*. , vol.11, 1998, pp. 621-630. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721998000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300018&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- MORAES, C.; SILVA, F. M. B. N.; ANDRADE, E. R. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 2007, pp. 19-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500005&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- MULTIRIO, Secretaria fala sobre novos projetos na SME. Disponível em: <http://www.multirio.rj.gov.br/portal/area.asp?box=Not%Edcias&area=Not%Edcias&objeto=noticias&id=72553>. Último acesso em: 7 de junho. 2009.
- OLIVEIRA, C. *História da psicanálise. São Paulo 1920-1969*. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2006.



- OUROFINO, V.T. A. T. De e FLEITH, D.S. Um estudo comparativo sobre a dupla personalidade superdotação/hiperatividade. *Aval. Psicol.*, vol.4, no.2, nov. 2005, p.165-182. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712005000200008&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000200008&lng=pt&nrm=). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- PASTURA, G. M. C.; MATTOS, P; ARAUJO, A. P. que. C. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 32, n. 6, 2005, pp. 324-329. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000600003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000600003&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- \_\_\_\_; \_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 65, n. 4A, dez. 2007, pp. 1078-1083. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2007000600033&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000600033&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- PATTO, M.H.S., *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*, São Paulo: T.A. Queiroz, 1990.
- POETA, L. S.; ROSA NETO, F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 3, Set.2004, pp. 150-155. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- POIAN, C., O futuro da Psicanálise. *Boletim de Novidades Pulsional*, São Paulo, Ano IX, n.º 81, 1996.
- PONTE, C. De barulhos e silêncios: contribuições para a história da psicanálise no Brasil. *Psyche*, Campinas, v. Ano VII, p. 59-83, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*. Dissertação de Mestrado, 1999. ENSP/Fiocruz, inédito
- RAFALOVICH, A. *Framing the ADHD child: history, discourse and everyday experience*. Tese de doutorado, The Faculty of Graduate Studies, department of Anthopology & Sociology, 2002.
- RATTO, Ana Lúcia Silva. Disciplina, infantilização e resistência dos pais: a lógica disciplinar dos livros de ocorrência. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 27, n. 97, dez.2006, p. 1259-1281. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/es/v27n97/a09v2797.pdf](http://www.scielo.br/pdf/es/v27n97/a09v2797.pdf) Último acesso em: 4 de junho. 2009.

- ROCHA, M., Educação e saúde: coletivização das ações e gestão participativa. In: Ira Maria Maciel. (Org.). *Psicologia e Educação: novos caminhos para a formação*. 1 ed. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001, p. 213-229
- ROHDE, L. A et al. (orgs), 2003, *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed
- ROSE, N. At risk of madness. In: Baker, T. E Simon, J. *Embracing Risks*. Chicago: The University of Chicago Press, p. 209-237, 2002
- \_\_\_\_\_. Disorders without borders? The expanding scope of Pshychiatric Practice. *BioSocieties*, 1, p.465-484, 2006.
- \_\_\_\_\_. Government and control. *British Journal of Criminology*, 40, p.321-339, 2000a
- \_\_\_\_\_. The biology of culpability. *Theoretical Criminology*, vol. 4 (1), p. 5-34, 2000b
- \_\_\_\_\_. The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, vol. 11STER8 (6), p. 1-30, 2001
- ROSENBERG, C., Disease in History: Frames and Framers. *Milbank Quarterly* , 67, Supplement 1, 1990.
- \_\_\_\_\_ et al. (orgs.), 1992, *Framing disease: studies in cultural history*. New Jersey: Rutgers University Press.
- RUSSO, J. A. . A psicanálise enquanto processo civilizador: um projeto para a nação brasileira. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 10-20, 2000.
- \_\_\_\_\_. Os três sujeitos da psiquiatria., *Cadernos IPUB*, nº 8, p. 11-21, 1997.
- \_\_\_\_\_.; HENNING, M. O sujeito da psiquiatria biológica e a concepção moderna de pessoa. *Antropolítica* 6, p.39-55, 1999.
- \_\_\_\_\_.; VENÂNCIO, A. Classificando as pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v.IX, n.3, p. 460-483, 2006
- SAGAWA, R. Y. . *A construção local da Psicanálise*. 1. ed. Marília: Interior, 1996.
- SANTIAGO, A.L. Hiperatividade: marca invisível no corpo. *Asephallus*, 1(1), 2006. Disponível em:  
[http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero\\_01/artigo\\_03port\\_edicao01.htm](http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_01/artigo_03port_edicao01.htm).  
 Último acesso em: 4 de junho. 2009.
- SCIELO, Modelo Scielo. Disponível em <http://www.scielo.org/php/level.php?lang=pt&component=56&item=1>. Último acesso em 26 de novembro. 2008.

SERPA JUNIOR., O. Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. RJ, TeCorá, 1998.

\_\_\_\_\_. Lacunas e Dobras: das relações da psiquiatria com a medicina. In: Jane Russo; Joao Ferreira da Silva Filho. (Org.). *Duzentos Anos de Psiquiatria*. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1993, v. 1, p. 97-107.

SERRA-PINHEIRO, M. A.; MATTOS, P; REGALLA, M. A.; SOUZA, I.; PAIXÃO, C. Inattention, hyperactivity, oppositional-defiant symptoms and school failure. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 66, n. 4, dez. 2008, pp. 828-831. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2008000600010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2008000600010&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

SINGH. I., A Framework for Understanding Trends in ADHD diagnoses and Stimulant Drug Treatment: Schools and Schooling as a Case Study. *BioSocieties*, 1, p. 439-452, 2006.

\_\_\_\_\_, Biology in Context: Social Research and Cultural Perspectives Review on ADHD. *Children & Society*. V.16 pp. 360–367, 2002

SOUZA, I. G. S. De, SERRA-PINHEIRO, M. A.; FORTES, D.; PINNA, C. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.56 supl.1, Rio de Janeiro, 2007, pp. 14-18. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000500004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

STEFANATOS, G. A., BARON, I. S. Attention-deficit / hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17, P.5-38, 2007.

TEIXEIRA, Manoel Olavo L. O método empírico-indutivo e suas relações com a psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12) : p.605-615, 1995.

TENÓRIO, F., *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TONELOTTO, J. M. F. A utilidade do wisc na detecção de problemas de atenção em escolares. *Psicol. Esc. Educ.*, Campinas, vol.5, no.2, dez. 2001, p.31-37. Disponível em: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572001000200004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572001000200004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso: 4 de junho. 2009.

\_\_\_\_\_. Aceitação e rejeição: percepção de escolares desatentos no ambiente escolar. *Psicol. Esc. Educ.*, vol.6, no.2, dez. 2002, p.141-148. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572002000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572002000200004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

\_\_\_\_\_.; GONCALVES, V. M. G. Autopercepção de crianças desatentas no ambiente escolar. *Estud. Psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 19, n. 3, dez. 2002, pp. 31-41.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2002000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2002000300004&lng=pt&nrm=iso). Último acesso: 4 de junho. 2009.

VASCONCELOS, M. M.; MALHEIROS, A. F. A.; WERNER Jr, J.; BRITO, A. R.; BARBOSA, J. B.; SANTOS, I. S. O., LIMA, D. F. N. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 63, n. 1, mar. 2005, pp. 68-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2005000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000100013&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

\_\_\_\_\_.; WERNER Jr, J.; MALHEIROS, A. F. A.; LIMA, D. F. N.; SANTOS, I. S. O.; BARBOSA, J. B. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 61, n. 1, mar. 2003, pp. 67-73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2003000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000100012&lng=pt&nrm=iso). Último acesso em: 4 de junho. 2009.

VAZ, P ; POMBO, M. ; FANTINATO, M.; PECLY, G., O fator de risco na mídia. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 11, p. 145-153, 2007a

\_\_\_\_\_. O sentido das notícias sobre saúde na cultura contemporânea. *Eco-Pós* (UFRJ), v. 10, p. 75-86, 2007b

WOLRAICH, M.; BAUMGAERTEL, A. . The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Based on the New DSM-IV Criteria. *Peabody Journal of Education*, Vol. 71, No. 4, pp. 168-186, 1996.

## 6. Anexo 1: Descrição dos DSM a partir do II, transcritos dos documentos originais.

DSM	Descrição	Lista de sintomas	
DSM-II* Hyperkinetic Reaction of childhood	This disorder is characterized by reactivity, restlessness, distractibility, and short attention span, specially in young children[...] If this behaviour is caused by organic brain damage it should be diagnosed under the appropriate non-psycotic organic brain syndrome.		
DSM-III§ Attention Deficit Disorder	The essential features are signs of developmentally inappropriate inattention and impulsivity [...]. There are two types of the active disorder, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, and Attention Deficit Disorder without Hyperactivity, although it is not known whether they are two forms of a single disorder or represent two distinct disorders.	Inattention – At least three of the following:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• often fail to finish things he or she starts</li> <li>• often doesn't seem to listen</li> <li>• easily distracted</li> <li>• has difficulty concentrating on schoolwork or other tasks requiring sustained attention</li> </ul>
		Impulsivity – At least three of the following:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• often acts before thinking</li> <li>• shifts excessively from one activity to another</li> <li>• has difficulty organizing work</li> <li>• needs a lot of supervision</li> <li>• frequently calls out in class</li> <li>• has difficulty awaiting turn in games or group situations</li> </ul>
		Hyperactivity – At least two of the following:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• runs about or climbs on things excessively</li> <li>• has difficulty sitting still or fidgets excessively</li> <li>• has difficulty staying seated</li> <li>• moves about excessively during sleep</li> <li>• moves about excessively during sleep</li> <li>• is always “on the go” or acts as if “driven by a motor”</li> </ul>

\* DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition (1968)

§ DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (1980)

DSM	Descrição	Lista de sintomas	
DSM-III-R <sup>¥</sup>  Attention Deficit Disorder with Hyperactivity	The child displays, for is or her mental and chronological age, signs of developmentally inappropriate inattention, impulsivity, and hyperactivity. The signs must be reported by adults in child's environment, such as parents and teachers. Because the symptoms are typically variable, they may not be observed directly by the clinician.	At least six months during which at least eight of the following are present:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• often fidgets with hands or feet or squirms in seat</li> <li>• has difficulty remaining seated when required to do so</li> <li>• is easily distracted by extraneous stimuli</li> <li>• has difficulty following through on instructions from others</li> <li>• has difficulty sustaining attention in tasks or play activities</li> <li>• often shifts from one uncompleted activity to another</li> <li>• has difficulty playing quietly</li> <li>• often talks excessively</li> <li>• often interrupts or intrudes on others</li> <li>• often does not seem to listen to what is being said to him or her</li> <li>• often loses things necessary for tasks or activities at school or at home</li> <li>• often engages in physically dangerous activities without considering possible consequences</li> </ul>
DSM-IV <sup>#</sup>  Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHA)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, is one of the most common mental disorders that develop in children. Children with ADHD have impaired functioning in multiple settings, including home, school, and in relationships with peers. If untreated, the disorder can have long-term adverse effects into adolescence and adulthood.	Criteria A: Six or more of the following symptoms of inattention have been present for at least 6 months to a point that is disruptive and inappropriate for developmental level	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Often does not give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities.</li> <li>• Often has trouble keeping attention on tasks or play activities.</li> <li>• Often does not seem to listen when spoken to directly.</li> <li>• Often does not follow instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions).</li> <li>• Often has trouble organizing activities.</li> <li>• Often avoids, dislikes, or doesn't want to do things that take a lot of mental effort for a long period of time (such as schoolwork or homework).</li> <li>• Often loses things needed for tasks and activities (e.g. toys, school assignments, pencils, books, or tools).</li> <li>• Is often easily distracted.</li> <li>• Often forgetful in daily activities.</li> </ul>

¥ DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition—Revised (1987)

DSM	Descrição	Lista de sintomas
		<p>Criteria B: Six or more of the following symptoms of hyperactivity-impulsivity have been present for at least 6 months to an extent that is disruptive and inappropriate for developmental level</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Hyperactivity: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Often fidgets with hands or feet or squirms in seat.</li> <li>• Often gets up from seat when remaining in seat is expected.</li> <li>• Often runs about or climbs when and where it is not appropriate (adolescents or adults may feel very restless).</li> <li>• Often has trouble playing or enjoying leisure activities quietly.</li> <li>• Is often "on the go" or often acts as if "driven by a motor".</li> <li>• Often talks excessively.</li> </ul> </li> <li>•Impulsiveness: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Often blurts out answers before questions have been finished.</li> <li>• Often has trouble waiting one's turn.</li> <li>• Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations or games).</li> </ul> </li> </ul>

## 7. Anexo 2: Lista de artigos analisados

ARTIGO	PERIÓDICO	ANO	ÁREA	FONTE	QUALIS
ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica.	<i>Psic. Teor. e Pesq</i>	2004	PSIC	SCIELO	A2
ARAUJO, A. P. Q. C. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção.	<i>J. Pediatr.</i>	2002	MED	AMBOS	B1
CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório.	<i>Psicol. Estud.</i>	2005	PSIC	SCIELO	A2
COUTINHO, G.; MATTOS, P.; ARAUJO, C. Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual.	<i>J. Bras. Psiquiatr.</i>	2007	MED	SCIELO	B2
COUTINHO, G.; MATTOS, P.; ARAUJO, C.; DUCHESNE, M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual.	<i>Rev. psiquiatr. clín.</i>	2007	MED	SCIELO	B1
CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto.	<i>Rev. psiquiatr. clín.</i>	2003	MED	SCIELO	A2
DUARTE, G. M.; DE ROSE, J. C. C. A aprendizagem simbólica em crianças com deficit atencional.	<i>Rev. Bras. Educ. Espec.</i>	2006	EDUC	SCIELO	A2
FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar.	<i>Psicol. Reflex. Crit.</i>	2002	PSIC	AMBOS	A1
FONTANA, R. S.; VASCONCELOS, M. M.; WERNER Jr, J.; GOES, F. V.; LIBERAL, E. F. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2007	MED	SCIELO	B1
FREIRE, A. C. C.; PONDE, M. P. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2005	MED	SCIELO	B1
FRELLER, C. C.; SOUZA, B. P.; ANGELUCCI, C. B.; BONADIO, A. N.; DIAS, A. C.; LINS, F. R. S.; MACEDO, T. E. C. R. Orientação à queixa escolar.	<i>Psicol. Estud.</i>	2001	PSIC	SCIELO	A2
GOMES, F.; MATTOS, P.; PASTURA, G.; AYRÃO, V.; SABOYA, E.. Executive functions in a non-clinical sample of children and adolescents with (ADHD).	<i>J. Bras. Psiquiatr.</i>	2005	MED	LATTES	B2
GOMES, M.; PALMINI, A.; BARBIRATO, F.; ROHDE, L. A.; MATTOS, P. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil.	<i>J. Bras. Psiquiatr.</i>	2007	MED	SCIELO	B2



ARTIGO	PERIÓDICO	ANO	ÁREA	FONTE	QUALIS
GUARDIOLA, A.; FUCHS, F. D.; ROTTA, N. T.. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2000	MED	SCIELO	B1
LIMA, A.L.G. A "criança-problema" e o governo da família.	<i>Estilos da Clínica</i>	2006	EDUC	LATTES	B1
MEISTER, E. K.; BRUCK, I.; ANTONIUK, S. A.; CRIPPA, A. C. S.; MUZZOLON, S. R. B.; SPESSATTO, A.; GREGOLIN, R. Learning disabilities: analysis of 69 children.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2001	MED	SCIELO	B1
MONDARDO, A H e VALENTINA, D D. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança.	<i>Psicol. Reflex. Crit.</i>	1998	PSIC	SCIELO	A2
MORAES, C.; SILVA, F. M. B. N.; ANDRADE, E. R. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica.	<i>J. Bras. Psiquiatr.</i>	2007	MED	SCIELO	B2
OUROFINO, V.T. A. T. de e FLEITH, D.S. Um estudo comparativo sobre a dupla personalidade superdotação/hiperatividade.	<i>Aval. Psicol.</i>	2005	PSIC	LATTES	B3
PASTURA, G. M. C.; MATTOS, P.; ARAUJO, A. P. Q. C. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.	<i>Rev. psiquiatr. clín.</i>	2005	MED	AMBOS	B1
PASTURA, G.; MATTOS, P.; ARAUJO, A. P. Q. C. Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2007	MED	AMBOS	B1
POETA, L. S.; ROSA NETO, F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH.	<i>Rev. psiquiatr. clín.</i>	2004	MED	AMBOS	A2
RATTO, A L.S. Disciplina, infantilização e resistência dos pais: a lógica disciplinar dos livros de ocorrência.	<i>Educ. Soc.</i>	2006	EDUC	SCIELO	A1
SANTIAGO, A.L. Hiperatividade: marca invisível no corpo.	<i>Asephallus</i>	2006	PSIC	LATTES	B3
SERRA-PINHEIRO, M. A.; MATTOS, P.; REGALLA, M. A.; SOUZA, I.; PAIXÃO, C. Inattention, hyperactivity, oppositional-defiant symptoms and school failure.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2008	MED	SCIELO	B1
SOUZA, I. G. S. de, SERRA-PINHEIRO, M. A.; FORTES, D.; PINNA, C.. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças.	<i>J. Bras. Psiquiatr.</i>	2007	MED	SCIELO	B2
TONELOTTO, J. M. F. A utilidade do wisc na detecção de problemas de atenção em escolares.	<i>Psicol. Esc. Educ.</i>	2001	PSIC	LATTES	B1

ARTIGO	PERIÓDICO	ANO	ÁREA	FONTE	QUALIS
TONELOTTO, J. M. F. Aceitação e rejeição: percepção de escolares desatentos no ambiente escolar.	<i>Psicol. Esc. Educlivi.</i>	2002	PSIC	LATTES	B2
TONELOTTO, J. M. F.; GONCALVES, V. M. G. Autopercepção de crianças desatentas no ambiente escolar.	<i>Estud. Psicol.</i>	2002	PSIC	SCIELO	A2
VASCONCELOS, M. M.; MALHEIROS, A. F. A.; WERNER Jr, J.; BRITO, A. R.; BARBOSA, J B.; SANTOS, I. S. O., LIMA, D. F. N. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2005	MED	SCIELO	B1
VASCONCELOS, M. M.; WERNER Jr, J.; MALHEIROS, A. F. A.; LIMA, D. F. N.; SANTOS, I. S. O.; BARBOSA, J. B. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária.	<i>Arq. Neuro-Psiquiatr.</i>	2003	MED	SCIELO	B1

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)