



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

FABÍOLA STOLF BRZOZOWSKI

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
Medicalização, classificação e controle dos desvios

Florianópolis

2009

FABÍOLA STOLF BRZOZOWSKI

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade Medicalização, classificação e controle dos desvios

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Sandra Caponi

Florianópolis

2009

A Artur e Jerzy, amores da minha vida

*À minha mãe, meu pai e minha irmã,
pela credibilidade e apoio durante
toda a minha vida*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora, Sandra Caponi que, além de ter sido a melhor orientadora que alguém poderia ter, foi também uma amiga e muitas vezes até confidente. Obrigada por acreditar no meu trabalho e pelo incentivo. Gostaria de te dizer que eu “quero ser como você quando eu crescer”.

Também gostaria de agradecer a todos os professores com quem tive aula durante o curso de Mestrado em Saúde Pública, que nos mostraram leituras, autores e vivências que me ajudaram muito na construção dessa pesquisa. Agradeço ainda às professoras Mareni, Rosana, Eliana e Celinha que, além de propiciarem a oportunidade de trabalhar com elas na Farmácia Escola, sempre me apoiaram nas decisões acadêmicas.

A todos os colegas e amigos que trabalhavam comigo na DIAF, que acompanharam o início da minha caminhada no mestrado, torcendo por mim desde a inscrição para o processo seletivo do curso e depois para conseguir uma bolsa.

Pessoal do grupo, uma agradecimento especial a vocês: de colegas, passaram a ser amigos e nossas discussões sempre foram muito preciosas para mim. Em especial preciso agradecer à Silvia, a quem eu digo que é meu “anjo da guarda”; à Giovana, com seu sorriso, que deixa todos mais calmos só de olhar para ela; à Ana Lima, que já me deixou com assuntos e discussões encucados na cabeça por vários dias.

Não posso deixar de agradecer à melhor turma de mestrado em Saúde Pública de todos os tempos, a turma 2007. Vou sentir muita falta de todos vocês!

A todos os amigos que sempre me apoiaram e torceram pelo meu sucesso, os que atualmente estão longe e os novos que vêm chegando. Às minha vizinhas e companheiras de conversas sobre filhos, Fabiana e Cynthia; às vezes é bom descobrir que eles fazem as mesmas coisas, né?

Aos meus sogros, Denise e Jerzy, pelo apoio e otimismo sempre, e também ao meu cunhado cineasta, que um dia vai produzir um documentário comigo sobre o TDAH, Julian. Aos tios emprestados Alceu e Elizete e a todos os outros tios e primos emprestados e os verdadeiros, além dos avós emprestados que tenho certeza de que sempre estão lá torcendo para que tudo dê certo.

Ao meu avô Lourenço, que tem 94 anos e ainda sobe em pé de laranja para comê-la fresca. Aos meus avós Arthur e Irmgard que, infelizmente, não estão mais entre nós, mas que estariam orgulhosos e fariam questão de vir até aqui assistir a minha apresentação.

Um agradecimento mais que especial tenho que oferecer à minha mãe e ao meu pai. Era só falar que era filha do Zeca e da Marisa que todos já me olhavam com outros olhos. Só tenho uma coisa a dizer: obrigada por tudo, palavras não são suficientes para descrever o quanto vocês são importantes para mim.

Franci, para você, além do obrigada, vou deixar a herança das questões e perguntas que restaram desse trabalho que só pedagogos podem me responder. Ao meu futuro cunhado Dalton, pelas piadas e pelos churrascos; posso garantir que é o melhor churrasqueiro que conheço.

Por fim, quero agradecer às duas pessoas mais importantes da minha vida: meu filho Artur e meu marido Jerzy, que tiveram que me aguentar durante as horas difíceis, que não foram poucas, pois tenho mania de fazer “tempestade em copo d’água”. Mas estamos aí, o amor crescendo a cada dia: amo vocês.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) se caracteriza por um conjunto principal de três sintomas, que são desatenção, impulsividade e hiperatividade. Atualmente, o TDAH é considerado como uma das doenças psiquiátricas mais diagnosticadas em crianças. Estima-se que sua prevalência esteja em torno de 3 a 6% das crianças em idade escolar. Seu diagnóstico é essencialmente clínico e subjetivo, o que traz dúvidas em relação ao número elevado de crianças que apresentam o problema e leva a uma reflexão sobre a excessiva medicalização de comportamentos infantis considerados anormais, principalmente por parte da escola. Em geral, a iniciativa para o encaminhamento dessas crianças ao profissional de saúde parte da escola, mas são os pais que decidem se as levam ou não a esse profissional e, no caso de haver algum tratamento recomendado, se irão segui-lo. Nesse contexto, se inseriu o objetivo principal dessa pesquisa, que foi analisar as visões de mães e professores sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH infantil. Para isso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com mães de crianças diagnosticadas com TDAH e professores que possuíam algum vínculo com essas crianças. A análise dos dados encontrados resultou em dois grandes eixos-temáticos: “comportamentos anormais, normalização e controle social” e “classificação e classificados”. Foi possível observar que as crianças que apresentam comportamentos socialmente considerados anormais constituem um problema para a escola, pois desestabilizam suas regras. Para que essas crianças se tornem indivíduos aceitos, uma das estratégias utilizadas atualmente é o encaminhamento ao profissional de saúde. Parte dessas crianças encaminhadas são diagnosticadas com TDAH. Uma vez que possuem esse diagnóstico e são tratadas, professores e pais mudam suas atitudes para com a criança e esta torna-se mais docilizável. Assim, o diagnóstico e o tratamento médicos são um dos principais meios de controle social, ou seja, constituem uma maneira de normalizar os indivíduos considerados desviantes. Mas esse controle por meio do diagnóstico médico, em outras palavras, por meio de uma classificação, podem também trazer efeitos sobre a criança. Mesmo que ela não entenda o real significado do seu problema, após o diagnóstico do TDAH, ocorrem modificações no meio social no qual ela vive, fazendo com que perceba que não é considerada igual às demais. O diagnóstico médico, em especial do TDAH, parece ser uma maneira rápida e relativamente fácil de resolver um problema, que é o incômodo representado pela presença dessa criança na escola. Os questionamentos sobre por que existem cada vez mais crianças anormais e por que nossa sociedade não consegue lidar com elas, ainda ficam sem uma resposta definitiva.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Medicalização da Infância, Controle Social, Classificação de Pessoas, Efeito de Arco.

ABSTRACT

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a core of three symptoms: inattention, impulsivity and hyperactivity. Nowadays, ADHD is one of the most diagnosed children psychiatric diseases. Its prevalence is estimated to be around 3-6% of children at school age. Its diagnosis is essentially clinic and subjective, which brings doubts as to the high number of diagnosed children and leads to a reflection on the excessive medicalization of childhood behaviors considered to be abnormal, mainly by the school. In general, the idea of referring children to health professionals is brought up by the school, but decisions concerning follow-up and treatment are usually up to the parents. The object of this research is to analyze the views of mothers and teachers on the diagnosis and treatment of children ADHD. Thus, mothers and teachers of ADHD-diagnosed children were interviewed in a semi-structured fashion. Analysis of the data suggested two thematic axes: “abnormal behavior, normalization, and social control” and “classification and classified”. It was possible to observe that children that present behaviors considered to be socially abnormal are seen as problems by the school, since they destabilize its rules. In order for these children to be accepted, one of the most common strategies is the referral to a health professional. Some of the referred children are diagnosed with ADHD. Once this diagnosis is made and the children are treated, parents and teachers change their attitude towards the children, who become more ‘docilizable’. Thus, medical diagnosis and treatment are some of the main means of social control, i.e., they constitute a way of normalizing individuals that are considered to be deviant. But this control via medical diagnosis, or through classification, can have effects on the child. Even if the child does not understand the significance of her problem, after being diagnosed with ADHD, social changes occur in the environment she lives in, making her realize she is different from other children. Medical diagnosis, especially ADHD diagnosis, may seem a quick and relatively easy way of solving the problem represented by the presence of this child at school. The questions as to why there are more and more abnormal children and why our society cannot deal with them remain unanswered.

Keywords: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Medicalization of Childhood, Social Control, Classification of People, Looping Effect.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Histórico	11
3.2 Bases Biológicas e Critérios de Diagnóstico do TDAH.....	13
3.3 Comportamentos e Sintomas	16
3.4 A Criança Hiperativa	18
3.5 A “Bala Mágica” da Terapêutica.....	21
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 Desenho da Pesquisa	25
4.2 Os Dados.....	26
4.2.1 Local	26
4.2.2 Indivíduos investigados	27
4.2.3 Coleta dos dados.....	28
4.3 Análise do levantamento de dados	29
4.4 Limitações do estudo	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
7 APÊNDICES	36
7.1 Apêndice A – Roteiro de Entrevista para as Mães	36
7.2 Apêndice B – Roteiro de Entrevista para os Professores	38
7.3 Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40
8 ARTIGOS CIENTÍFICOS	42
8.1 Artigo 1 - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social.....	42
8.2 Artigo 2 - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados.....	68

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, doravante chamado de TDAH, é considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância e se caracteriza por três categorias principais de sintomas, que são desatenção, impulsividade e hiperatividade (VASCONCELOS; JUNIOR; MALHEIROS *et al.*, 2003). A ideia de que esses comportamentos são fenômenos médicos é recente, e o início do interesse em crianças que apresentavam essas características data do início do século XX (TIMIMI, 2002). Esse processo, pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente chamados de doenças, transtornos ou síndromes, foi objeto de análise de diversos sociólogos e filósofos como Ivan Illich (1975), Michel Foucault (2008), Peter Conrad (2007), dentre outros. Essa apropriação de fatos cotidianos pelo discurso médico recebeu o nome de “medicalização” (CONRAD, 2007).

Segundo Illich (1975), não é preciso estar doente para se transformar em paciente, pois o conceito de doença foi estendido e recobre situações onde não há patologia no sentido de lesão orgânica, mas uma probabilidade de que certa doença apareça num determinado prazo. Para ele, a sociedade é uma vasta clínica, na qual todos são pacientes. Além disso, alguns comportamentos também passaram a ser considerados sintomas de doenças, sem a necessidade de algum tipo de exame físico para comprovar sua real existência, situação que se verifica no caso do TDAH.

O TDAH é uma doença cercada por muitas controvérsias. Seus defensores buscam bases e explicações biológicas para os comportamentos infantis considerados sintomas, e defendem o tratamento a base de fármacos estimulantes. Seus opositores se preocupam com a expansão do seu diagnóstico e com os efeitos nocivos dos medicamentos psicotrópicos utilizados na terapêutica.

No Brasil, a maior parte dos trabalhos relacionados ao problema consiste em estudos de prevalência e métodos de diagnóstico e tratamento (AMARAL; GUERREIRO, 2001; VASCONCELOS; JUNIOR; MALHEIROS *et al.*, 2003; ANDRADE; SCHEUER, 2004; POETA; NETO, 2004; ROHDE; HALPERN, 2004; GOMES; PALMINI; BARBIRATO *et al.*, 2007). São poucos os que questionam ou colocam em dúvida esses procedimentos (WANNMACHER, 2006; BARROS, 2008). Essa constatação sugere que grande parte dos profissionais de saúde que lidam com o problema, pelo menos no Brasil, sejam também seus defensores.

Entretanto, o diagnóstico do TDAH se baseia em critérios estabelecidos em *guidelines* oficiais, e é essencialmente clínico, dando margem a controvérsias acerca da existência da doença (ADLER, 1995). O papel da escola e dos pais é de fundamental importância nesse diagnóstico, no tratamento e na evolução do TDAH. Na maior parte das vezes é a escola quem sugere aos pais que seu filho necessita de ajuda profissional (COLLARES; MOYSÉS, 1996). Porém, alguns autores colocam em dúvida as exigências utilizadas para que educadores e pais passem a pensar que a criança mais agitada é doente (BLECH, 2005).

Além disso, é importante ressaltar que, quando um problema, antes considerado comportamento normal, passa do público leigo para a área médica, a discussão deixa de ser pública e se torna elitizada, ou seja, restrita aos profissionais da área da saúde. Isso ocorre porque, a partir do momento em que os especialistas se apropriam de um conhecimento, eles passam a utilizar uma linguagem inacessível aos leigos, que são removidos do debate sobre o tema. Isso gera uma grande assimetria entre o poder dos atores leigos e o poder das organizações formais (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Conforme mencionado, em geral os comportamentos de crianças diagnosticadas com TDAH passaram a ser considerados problemáticos quando elas começam a frequentar a escola e surgem os chamados problemas de aprendizagem, aliados à inquietação e à indisciplina em sala de aula. Os pais, ou responsáveis pela criança, são chamados à instituição e alertados sobre o problema de seus filhos. Esses pais são quem avaliam a aparição dos sintomas da doença e as oportunidades de tratamento, e quem decidem, por fim, procurar ajuda de profissionais de saúde (URIBE; ROJAS, 2007).

Para Sami Timimi (2002), o TDAH é uma doença popularizada e reconhecida, pois sua definição vem da profissão médica, que apresenta um alto *status* na sociedade atual. Esse autor afirma que alguns comportamentos observáveis em crianças, como falta de atenção e hiperatividade, mudaram seu estatuto de comportamentos que não contêm mais informações do que as próprias desatenção e hiperatividade, para se tornarem a base de um diagnóstico médico. Com a popularização do diagnóstico do TDAH, crianças que apresentam problemas de aprendizagem ou de comportamento, em casa ou na escola, entram na lista dos suspeitos de terem esse problema. A natureza altamente subjetiva da definição do DSM-IV permite interpretações muito diversas, fazendo com que o TDAH seja utilizado para cobrir uma ampla gama de problemas (TIMIMI, 2002).

O tratamento atualmente indicado para o TDAH consiste no uso de fármacos psicoestimulantes, como o metilfenidato, único representante desta classe aprovado no Brasil.

O uso de medicamentos para tratar problemas de vida antes considerados secundários vem sendo cada vez mais aceito (CONRAD, 2007) e muitas vezes representa, perante a sociedade, uma maior qualidade de vida. Quando se fala de crianças, o cuidado deve ser redobrado, principalmente no caso do uso de psicotrópicos, já que o cérebro desses indivíduos ainda está em desenvolvimento (BLECH, 2005). Os efeitos secundários desse tipo de medicamento ainda não são bem descritos, tanto por desconhecimento quanto por mascaramento. Desconhecimento porque o cérebro ainda é uma “caixa-preta”, pouco se sabe sobre o seu funcionamento, e mascaramento porque os medicamentos psicotrópicos, inclusive os estimulantes, são uma fonte muito rentável no mercado da indústria farmacêutica (ANGELL, 2007).

Uma criança que quebra determinadas normas sociais, como não ficar muito tempo sentado em sua cadeira na escola e não aprender junto com os demais, muitas vezes é encaminhada ao profissional de saúde e de lá sai com o diagnóstico do TDAH. Esse diagnóstico e o seu tratamento visam a inserção dessa criança no meio escolar e podem ser considerados um tipo de controle social.

Nesse âmbito, coloca-se a pergunta desse trabalho: como as mães de crianças diagnosticadas com TDAH e os professores ligados a elas, em uma comunidade de pequeno porte do sul de Santa Catarina, veem esse diagnóstico e seu tratamento, e como lidam com essas crianças?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as visões de mães e professores sobre o diagnóstico e o tratamento do TDAH infantil.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar e analisar as razões que levaram os pais de crianças com diagnóstico de TDAH a procurarem ajuda de profissionais de saúde.
- Compreender o que as mães e os professores pensam sobre esse diagnóstico.
- Descrever o efeito do diagnóstico na vida dessas crianças, segundo a visão das mães e professores.
- Identificar as terapêuticas indicadas pelo médico e seus efeitos, tanto os esperados quanto os não esperados.
- Descrever as reações das famílias frente ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH, segundo a visão das mães e professores dessas crianças.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa seção serão apresentados alguns autores que, partindo de diferentes áreas do conhecimento, discutem o aumento da medicalização do sofrimento e de comportamentos desviantes. Primeiramente é realizado um breve resgate histórico do aparecimento do TDAH infantil. Em seguida, há uma descrição das principais explicações biológicas para o problema, como ele é apresentado no meio neurocientífico, seus sintomas e tratamentos. O próximo tópico trata da problemática da medicalização, como certos comportamentos se transformam em sintomas. Também será discutida a questão da criança diagnosticada com TDAH, como podem ser as suas reações diante desse diagnóstico. Por fim, é feita uma breve descrição do tratamento, como ele é visto como uma “bala mágica”, de resolução rápida dos problemas, alertando para o fato de que é um tratamento psicotrópico e apresenta riscos.

3.1 Histórico

O TDAH já foi conhecido por vários nomes durante o século XX, dentre eles “encefalite letárgica”, “dano cerebral mínimo”, “disfunção cerebral mínima”, “hipercinesia”, e “doença do déficit de atenção” (DDA). Essas categorias de doença apresentam conjuntos de sintomas similares, que descrevem os desvios da infância. Alguns dos sintomas mais comuns a todos esses nomes são: baixo desempenho na escola, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de completar tarefas, ladroagem, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento (RAFALOVICH, 2001a).

A ideia de que essas características apresentadas por algumas crianças são fenômenos médicos é recente. O despertar do interesse em crianças que apresentavam baixa capacidade de atenção e hiperatividade data do início do século XX, quando um pediatra, Frederick Still, descreveu um grupo de crianças que possuía uma incapacidade anormal de manter sua concentração, inquietação e irritabilidade. As características de hiperatividade e falta de atenção em crianças foram relacionadas entre si somente com o surgimento do diagnóstico do dano cerebral mínimo, após as epidemias de encefalite, nas primeiras décadas do século XX (TIMIMI, 2002).

A encefalite letárgica, também conhecida como “doença do sono”¹, apresentou proporções epidêmicas próximo ao final da Primeira Guerra Mundial. Tratava-se de uma

¹ Em inglês, “sleepy sickness”.

doença frequentemente fatal, caracterizada por lentidão intensa, alucinações e febre, algumas vezes passando por períodos de remissão, o que era visto como um bom sinal pelos médicos. O que se tornou tão significativo quanto os sintomas da doença em si, foram seus efeitos residuais, chamados de “comportamentos residuais da encefalite”. Alguns dos comportamentos residuais que compunham essa síndrome eram: inversão do padrão de sono, instabilidade emocional, irritabilidade, teimosia, mentira, ladroagem, desasseio, prejuízos na memória e na atenção, tiques, depressão, controle motor pobre e hiperatividade geral (RAFALOVICH, 2001a). Assim, esses comportamentos desviantes foram considerados como tendo origens fisiológicas, e as crianças pós-encefalite que os apresentavam não eram mais consideradas responsáveis por suas ações.

Na década de 1930 foi descoberta a ação dos medicamentos psicoestimulantes na redução da inquietação, da hiperatividade e dos problemas de comportamento em crianças. Essa descoberta deu margem ao início das teorias sobre lesões orgânicas no cérebro, que causariam hiperatividade e falta de atenção em outras crianças que não haviam sofrido de encefalite, levando à criação do diagnóstico de “dano cerebral mínimo”. Na década de 1940, Strauss sugeriu que a hiperatividade, na ausência de histórias de anormalidades na família, poderia ser considerada evidência suficiente para um diagnóstico de dano cerebral (TIMIMI, 2002).

Entretanto, com o passar dos anos, não foram encontradas lesões orgânicas nessas crianças inquietas. Assim, a partir de 1960, o termo “dano cerebral mínimo” foi caindo em desuso. Apesar do abandono dessa hipótese, e com o aumento do interesse em síndromes definidas comportamentalmente, estudiosos passaram a acreditar que essa síndrome era causada por algum tipo de disfunção cerebral. Na segunda edição do DSM, publicada em 1968, a doença foi chamada de “reação hipercinética da infância” (TIMIMI, 2002), ao invés de “dano cerebral mínimo”.

No início dos anos 80, surgiu a terceira edição do DSM, e o nome dessa doença passou a ser “transtorno de déficit de atenção” (em inglês, ADD). O diagnóstico do problema poderia ser feito com ou sem os sintomas de hiperatividade, e foi definido utilizando-se três listas de sintomas: uma para déficit de atenção, uma para impulsividade e outra para hiperatividade. Na quarta edição do DSM (DSM-IV), os critérios para o diagnóstico mudaram novamente, agora em favor de um modelo com duas dimensões: déficit de atenção em uma sub-categoria, e hiperatividade e impulsividade na outra. É importante destacar que, a cada revisão do DSM, o número de crianças com características da doença vem aumentando. A mudança do DSM-III para o DSM-IV aumentou a prevalência do transtorno em

aproximadamente dois terços, uma vez que os novos critérios diagnósticos englobam grande parte das crianças com problemas de aprendizagem e comportamento na escola (TIMIMI, 2002).

Segundo Conrad e Schneider (1992), a descoberta da hiperatividade, ou hipercinesia, pode estar relacionada tanto a fatores clínicos quanto a fatores sociais. Os fatores clínicos são os eventos relacionados diretamente ao diagnóstico e tratamento da doença, como a descoberta dos estimulantes no tratamento de crianças agitadas (1937), a síntese do metilfenidato (1950), sua aprovação no Food and Drug Administration – FDA – (1961) e a descoberta de sintomas comuns às crianças que sofriam de pós-encefalite e do dano cerebral mínimo.

Os fatores sociais não estão diretamente relacionados ao diagnóstico e tratamento da doença, porém são relevantes para este estudo. Conrad e Schneider (1992) os dividem em três áreas: a revolução farmacêutica, as tendências na prática médica e a ação governamental. A análise da revolução farmacêutica de Conrad aponta para a indústria responsável pela síntese e marketing da Ritalina[®], que passou a anunciar seu produto em revistas médicas, através de correspondências diretas e representantes que visitam os médicos. O exame de Conrad e Schneider a respeito das tendências médicas geralmente se refere ao aumento da interpretação de problemas de comportamento como tendo origens orgânicas ou bioquímicas. Sobre as ações governamentais, Conrad direciona a atenção para as agências governamentais, como o US Public Health Service, e descreve o poder de uma instituição pública na contribuição à medicalização, através da possibilidade de decretar um diagnóstico unificado.

Esses três fatores sociais representam uma grande assimetria de poder entre os atores leigos e as organizações formais da saúde. Assim, o TDAH pode ser visto como um produto do controle dos especialistas, no qual os atores leigos foram removidos do debate. Os especialistas usam uma linguagem obscura e inacessível aos leigos (RAFALOVICH, 2001a). Para Conrad e Scheneider (1992), definir um problema como médico remove a discussão sobre ele do domínio público para um plano onde somente pessoas da área médica podem discuti-lo.

3.2 Bases Biológicas e Critérios de Diagnóstico do TDAH

Conforme já foi dito na seção 1, o TDAH é considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância e se caracteriza por três categorias principais de sintomas, que são desatenção, impulsividade e hiperatividade (VASCONCELOS; JUNIOR; MALHEIROS *et*

al., 2003). O quadro 1 lista os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV) para o diagnóstico do TDAH (DSM-IV-TR, 2002).

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
A. Ou (1) ou (2)
(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: Desatenção: (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.
(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: Hiperatividade: (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação); (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”; (f) frequentemente fala em demasia. Impulsividade: (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez; (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Quadro 3.2.1. Critérios diagnósticos do DSM-IV para o TDAH.

A prevalência do TDAH tem sido pesquisada em inúmeros países e, em geral, estudos que utilizam os critérios do DSM-IV tendem a encontrar prevalências de 3-6% em crianças em idade escolar, nos Estados Unidos. No Brasil, a taxa de prevalência média, encontrada nos estudos desse tipo, foi de 3,6 a 5% da população escolar (ANDRADE; SCHEUER, 2004), porém alguns estudos indicam uma taxa de até 12% dessa população (VASCONCELOS; JUNIOR; MALHEIROS *et al.*, 2003). A proporção do transtorno entre meninos e meninas varia de 2:1 em estudos populacionais e de 9:1 em estudos clínicos, respectivamente (ROHDE; HALPERN, 2004).

Apesar do grande número de estudos já feitos, as causas do TDAH ainda são desconhecidas. Alguns estudiosos da área afirmam que existem fatores genéticos e ambientais influenciando no desenvolvimento da doença. Em relação à genética, acreditam que vários genes com pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade ao transtorno, que poderia vir a se desenvolver, ou não, de acordo com as condições ambientais. O aparecimento do TDAH está relacionado ainda, segundo algumas pesquisas atuais, a alterações de um ou mais neurotransmissores, como as catecolaminas, em particular a dopamina e a noradrenalina. Entretanto, os dados existentes sobre a relação entre TDAH e neurotransmissores ainda são muito escassos (ROHDE; HALPERN, 2004).

Em relação à alimentação, alguns estudos sugerem que determinados conservantes, como o benzoato de sódio, e corantes alimentares artificiais podem exacerbar o comportamento hiperativo em crianças pequenas (BARRETT, 2007). Outro fator nutricional relacionado ao transtorno são os baixos níveis séricos de ferritina, que evidencia uma deficiência de ferro. Segundo os estudos sobre o assunto, o ferro modula a produção da dopamina e da noradrenalina, cujas quantidades se encontram em desequilíbrio em indivíduos com TDAH (KONOFAL; LECENDREUX; DERON *et al.*, 2008).

Entretanto, é importante salientar que, quando se fala de desenvolvimento neuronal e de neurotransmissores, do ponto de vista neuroevolutivo, é aceitável certo nível de hiperatividade em crianças sem lesão até, aproximadamente, os 4 ou 5 anos de idade, visto

que a região pré-frontal do cérebro, onde está o freio-motor do comportamento dos seres humanos, só se completa nessa faixa etária (ROHDE; HALPERN, 2004).

O tratamento geralmente indicado, em casos de TDAH, engloba intervenções psicossociais e/ou psicofarmacológicas. Em se tratando de intervenções psicossociais, recomenda-se uma abordagem educacional, prestando informações claras e precisas à família sobre o transtorno. Além disso, os especialistas recomendam um maior suporte escolar, através de rotinas diárias consistentes, atividade física e atendimento individualizado por parte do professor, sempre que possível (ZAVASCHI; ROHDE; LORENZON *et al.*, 2004).

Em relação ao tratamento farmacológico, os estimulantes são considerados pelos profissionais as medicações de primeira escolha. No Brasil, o único estimulante aprovado e encontrado no mercado é o metilfenidato, cujos nomes comerciais são Ritalina[®], do laboratório Novartis, e Concerta[®], do laboratório Janssen-Cilag. Em casos de comorbidades, intolerância ou falta de resposta aos estimulantes, muitas vezes são utilizados também antidepressivos tricíclicos, como a imipramina (ZAVASCHI; ROHDE; LORENZON *et al.*, 2004), cujo nome comercial é Tofranil[®], do laboratório Novartis.

3.3 Comportamentos e Sintomas

Pode-se observar que o TDAH é um fenômeno recente e que antes do século XX, características que hoje são consideradas sintomas, como agitação, impulsividade e hiperatividade, eram comportamentos normais. Alguns autores acreditam então que, atualmente, os conhecimentos científicos e as práticas em saúde têm tornado o limiar entre saúde e doença, entre o normal e o patológico, muito tênue. Basta adotar um comportamento indesejado pela sociedade em geral para que o indivíduo seja rotulado como depressivo, ansioso, louco ou mesmo hiperativo. Isso se dá porque os comportamentos que eram considerados normais estão sendo, frequentemente, convertidos em estados patológicos (BLECH, 2005).

Para Georges Canguilhem (1982), a ciência descreve o ser humano normal como sendo aquele que se encaixa em normas pré-estabelecidas, determinadas por médias. Porém, esse autor coloca uma questão: será que devemos considerar qualquer *desvio* como anormal? Os modelos que temos de indivíduos normais são o produto de estatísticas, porém, para ele, os indivíduos reais que encontramos se afastam desse modelo e é isso que faz com que sejam diferentes uns dos outros. Toda norma se apresenta, para Dominique Lecourt (2006), como um “esquadro”, ou melhor, um instrumento de alinhamento ou de correção, o qual já supõe a

preexistência do torto. Assim, o anormal sempre precede a norma e esta só existe para reduzir o anormal, ou seja, normalizá-lo.

Quando se trata de crianças, é na escola que se pode ver a grande influência na determinação de metas de aprendizagem, estabelecidas para cada faixa etária, na tomada de posições. A maioria das crianças aprende a ler com determinada idade; aquela que não começa a ler juntamente com as demais pode ser facilmente considerada desviante. Geralmente é na escola que se notam as características do TDAH e é de lá que saem os encaminhamentos das crianças aos profissionais de saúde. A fala de uma professora sobre uma “aluna problemática”, extraída do livro de Cecília Collares e Maria Aparecida Moysés (1996), ilustra esse ponto: “[e]la é muito parada. Acho que deve ser encaminhada para a Saúde ou psicóloga, por que ela tem alguma coisa, ela é muito parada. Pelo tamanho dela, pela idade, acho que ela já devia ter aprendido. Ela está ainda na fase pré-silábica.” (p. 250)

Uma condição necessária para que se tenha uma vida social é que todos compartilhem das mesmas normas, previamente estabelecidas. Quando uma regra é quebrada, como não aprender a ler dentro do prazo estabelecido, são tomadas medidas restauradoras: “[o] fracasso ou o sucesso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo” (GOFFMAN, 2008, p. 138).

De acordo com Collares e Moysés (1996), a escola é um local que abriga preconceitos sobre os alunos, suas famílias e o fracasso escolar; o fracasso em manter as normas institucionais recai principalmente sobre o aluno e sobre os seus pais:

Crianças não aprendem porque são pobres, porque são negras, porque são nordestinas, ou provenientes de zona rural; são imaturas, são preguiçosas; não aprendem porque seus pais são analfabetos, são alcoólatras, as mães trabalham fora, não ensinam os filhos... (p. 26)

A citação acima nada mais é que um repertório de explicações reducionistas para problemas de aprendizado. Para Richard Lewontin (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 2003), reducionistas são aqueles que tentam explicar as propriedades de sistemas complexos (como aprendizagem, por exemplo) focalizando apenas poucos aspectos. De acordo com a perspectiva reducionista, o problema da não-aprendizagem encontra-se em fatos isolados, como cor da pele, nível socioeconômico, lugar de origem e existência de doenças.

Nesse cenário reducionista, a doença vem sendo usada como fator explicativo para desvios de indivíduos dentro da sociedade, fenômeno que pode ser chamado de biologização. Assim, as propriedades são reificadas, ou seja, ganham uma localização e são tratadas

medicamente; quer dizer, são vistas como causadas por acontecimentos no cérebro dos indivíduos, associadas a modificações nas quantidades de algumas substâncias químicas (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 2003).

Esse processo de biologização, principalmente de questões sociais conflitantes, geralmente se dá em momentos de grande tensão social. Isso ocorreu, por exemplo, na década de 60, quando a ciência “comprovou” que o homem branco era geneticamente superior ao homem negro, em termos intelectuais; que as mulheres e os homens apresentavam diferenças intelectuais em razão de uma diferença neurológica, também geneticamente determinada (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

A biologização da não-aprendizagem é muito comum no meio escolar, fazendo com que a responsabilidade pelas reprovações e pela evasão escolar recaia sobre as doenças. Ao biologizar questões sociais, todo o sistema social se torna isento de responsabilidades. Na escola, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação (COLLARES; MOYSÉS, 1996). Assim, para alguns professores, médicos e pais, além das próprias crianças, os indivíduos muito ativos, e que não prestam atenção como deveriam, precisam ser encaminhados a um profissional de saúde, a fim de fazer um diagnóstico médico e tratá-lo de forma adequada (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 2003).

Tratar esses comportamentos indesejáveis como um problema médico foi, e continua sendo, bem aceito na sociedade, e os motivos são diversos. Para os médicos, por exemplo, a terapêutica é relativamente simples (prescrição de um medicamento) e os resultados podem ser excelentes, do ponto de vista clínico. Por sua vez, o diagnóstico do TDAH indica uma doença possível de ser tratada, o que diminui a culpabilização dos pais e faz com que estes possam ver o diagnóstico com bons olhos. Além disso, o medicamento frequentemente torna a criança menos inquieta na sala de aula e, muitas vezes, facilita a aprendizagem, resolvendo o problema também na escola (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 2003; URIBE; ROJAS, 2007).

3.4 A Criança Hiperativa

O filósofo da ciência Ian Hacking (HACKING, 2006) diz que nosso mundo é um mundo de classificações e que essas classificações, ou nomes, têm efeitos particulares quando se referem a comportamentos de pessoas. Escreve também que, por trás de cada classificação, existe uma estrutura que engloba cinco aspectos primários: a classificação, os indivíduos, as

instituições, o conhecimento e os especialistas. A *classificação* em si gera os tipos de pessoas. As crianças com TDAH são um tipo de pessoa, formada por *indivíduos* que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. Muitas vezes o indivíduo, ou a sua família, no caso do TDAH, passam a ver certas características da classe como problemas somente após o diagnóstico (HACKING, 2007).

As *instituições* confirmam a existência dessa classificação e são um meio de legitimar aquele tipo de pessoas. Um exemplo de instituição é, nesse caso, o sistema de saúde e até o DSM-IV, uma forma de legitimar e justificar o diagnóstico de transtornos mentais. O DSM-IV apresenta uma série de características de comportamento, como pode ser visto no item 2, que indica se a criança apresenta ou não o TDAH. Esses critérios são interpretados pelo especialista, através da descrição dos familiares e educadores da criança.

Assim, o *conhecimento* e os *especialistas* detêm o poder de decidir quem é doente e quem não é, quem apresenta TDAH e quem é normal. O diagnóstico do transtorno é essencialmente clínico, e é importante enfatizar que não há exames laboratoriais ou de imagem que possam auxiliar nessa decisão. O especialista conta apenas com seus conhecimentos técnicos, os critérios do DSM-IV e as informações provenientes das pessoas ligadas à criança para traçar o diagnóstico e indicar a terapêutica adequada para o caso.

Com o diagnóstico dado e, geralmente, com um medicamento prescrito, a criança volta para casa e para a escola com um transtorno psiquiátrico. A tendência é pensar que o efeito de arco ocorre somente em pessoas que tenham consciência do nome que lhes foi dado, ou seja, em pessoas que compreendem o significado da sua doença. O efeito de arco é entendido como a espiral que ocorre quando a classificação altera o comportamento de um indivíduo, que por sua vez altera o estereótipo da classificação, e assim por diante. A modificação do comportamento do indivíduo, causada por uma classificação, pode apresentar um *feedback* positivo (o fato de o indivíduo saber que pertence a determinada classe fortalece os atributos que a caracterizam) ou negativo (indivíduos resistem ao conhecimento ligado à classificação) (HACKING, 1991).

Mas o que ocorre se o indivíduo não tem consciência da classificação, como pessoas que não compreendem a linguagem, bebês ou crianças pequenas (HACKING, 2006)? Muitas vezes as crianças são diagnosticadas com TDAH antes de terem condições de entender o seu significado. Nesses casos, poderíamos dizer que o efeito de *feedback* é impossível. Porém, Hacking (HACKING, 2006) afirma que os efeitos de arco envolvem unidades muito mais amplas, como a família e, talvez, no caso específico do TDAH, envolva também a

escola. É impossível acreditar que esse rótulo não vai ter influência em inúmeras decisões que a família e, posteriormente, o adulto diagnosticado com TDAH na infância, irão tomar.

A partir de um diagnóstico bem estabelecido, qualquer comportamento inesperado da criança passa a ser justificado pela doença que ela apresenta. As atitudes das pessoas ao seu redor se modificam em função do diagnóstico e das características consideradas como devidas à doença: a criança deixa de ser considerada “má” e passa a ser doente (URIBE; ROJAS, 2007). Essa mudança afeta a criança com TDAH, fazendo com que ela mesma se veja de uma forma diferente, o que leva ao efeito de arco. A fala de uma mãe, retirada do trabalho de Uribe e Rojas (2007), ilustra como um diagnóstico, uma classificação, pode mudar o ambiente em que a criança vive:

[Depois de receber o diagnóstico] já todos entendemos. Todos tentamos mudar as atitudes com ele. [...] Não é que se faz de surdo. [...] a professora nos disse que ele mudou cem por cento, na atitude com seus colegas, tudo. [...] [a professora] o tinha rotulado. Julgava-o por coisas que ele não havia feito. Ao saber que o menino tinha isso [TDAH], a professora também passou a vê-lo diferente. A não vê-lo mais como a criança que tem culpa de tudo, mas sim como uma criança hiperativa. [...] Não porque ele queira, digamos assim. O diagnóstico mudou a vida de Rodrigo. Bastante. (p. 279)

Dessa forma, poder-se-ia sugerir que a maior parte das crianças com TDAH acabam apresentando um *feedback* positivo, em resposta ao seu modo de vivenciar a condição e ao modo como a família e a escola passam a tratá-la após o diagnóstico. Esses comportamentos reforçam as características da doença, podendo fazer com que a criança se perceba como doente e aja como tal.

A partir do momento em que alguém entra para o rol dos doentes deve haver um tratamento disponível para tratar essa condição. Em geral, acredita-se que a criança com TDAH deva receber um medicamento para corrigir seus comportamentos desviantes para continuar vivendo em sociedade e entrar novamente nas suas normas e regras.

Conrad e Schneider (1992) chamam esse controle do desvio, e a promoção da conformidade social, de *controle social*. Acredita-se que aquele que foge das normas deva ser controlado, para que a sociedade, ou a família, ou a escola, volte ao seu “estado normal”. Conrad e Schneider sustentam que existe um nível formal e um nível informal de controle social. O controle informal abrange tanto o auto-controle (internalização de normas, crenças, morais e a chamada “consciência”) quanto o controle relacional (relações do dia-a-dia), e inibe o comportamento individual considerado desviante. Por exemplo, alguém pode sair de casa com vontade de brigar com a primeira pessoa que encontrar pelo caminho; porém não irá

fazê-lo, tanto pelas suas crenças, morais e consciência, quanto pelo que os outros vão pensar e dizer sobre esse ato.

O controle social formal engloba as formas institucionalizadas de controle, como o sistema jurídico, policial, educacional, de assistência social e até o sistema de saúde. São as formas “oficiais” de controle, aqueles em que ninguém está apto a questionar se não for especialista na área. Por ser tão aceita e, no caso específico do sistema de saúde, por possuir um respaldo da ciência, suas consequências são geralmente muito mais profundas e duradouras, tanto para o indivíduo classificado quanto para a sociedade e o meio em que ele vive (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

O discurso médico se espalha pelo senso-comum porque neste predomina a ânsia pela solução imediata dos problemas, através de mecanismos simples e concretos, como por exemplo um medicamento. Essas características tornaram as ciências biológicas fontes de certeza e estabilidade, pela descoberta de novas tecnologias, pela emergência das neurociências, pela possibilidade de prolongamento da vida das pessoas e pela promessa de redução de seus sofrimentos (FIORE, 2005).

Os conhecimentos médicos são considerados verdades do ponto de vista operacional. O profissional considera que está fazendo o melhor ao encontrar um diagnóstico e prescrever um tratamento baseado nos saberes científicos. Já o doente, geralmente leigo no assunto, recebe com muita confiança a versão médica, normalmente considerando-a uma verdade (TESSER, 2007).

Assim, ser diagnosticado com TDAH por uma instituição oficial leva a uma mudança de comportamento, não só nos indivíduos diagnosticados, assim como em toda a sua rede social, que por sua vez acaba também por influenciar esse indivíduo, e assim por diante. O que nos leva a sugerir um efeito de arco com *feedback* positivo é a aceitação e o reforço das características pelas quais foi feito o diagnóstico, que devem então ser tratadas para que o meio volte à normalidade.

3.5 A “Bala Mágica” da Terapêutica

Desde a década de 1930, a indústria farmacêutica vem sintetizando e manufaturando um grande número de medicamentos psicoativos (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Com a introdução da clorpromazina, em 1955, estava lançada uma revolução psicofarmacológica na psiquiatria. Esses medicamentos psicoativos tiveram um importante papel no processo de desinstitucionalização e algumas delas (como o Valium[®], por exemplo)

se tornaram partes regulares de protocolos de tratamento médicos de vários problemas da vida (CONRAD, 2007).

Em 1987, o Prozac[®] foi introduzido como um novo tipo de medicamento para tratar a depressão (CONRAD, 2007), porém com menos efeitos colaterais e sem o risco de causar dependência química. Sua popularidade e vasto uso, criou um contexto social onde é considerado aceitável usar medicamentos psicotrópicos para tratar problemas de vida, geralmente secundários e, inclusive, na infância. Para Conrad (2007), “[a] nossa cultura parece estar mudando do ‘calvinismo farmacológico’ para a ideia de que os fármacos são capazes de aumentar a funcionabilidade de quase todos” (p. 62).

As primeiras observações sobre os efeitos de substâncias anfetamínicas em crianças se deram em 1937. Charles Bradley observou que tais substâncias alteravam o comportamento de crianças em idade escolar que exibiam distúrbios de ou problemas de aprendizagem. O metilfenidato, um fármaco estimulante com muitas das qualidades das anfetaminas, porém com menos efeitos adversos, foi sintetizado nos anos 50 e aprovado para comercialização em 1961 (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Com um diagnóstico definido e com um tratamento aprovado, houve um aumento da publicidade da doença através da mídia, fazendo com que o transtorno se tornasse a doença psiquiátrica mais comum da infância (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Assim, juntamente com a cifra de diagnósticos, aumentou também a cifra de pequenos consumidores de medicamentos.

Para se ter uma ideia, na Alemanha, em 1993, foram consumidos 34 kg de metilfenidato e, em 2001, o valor chegou a 693 kg, ou seja, em menos de uma década, o consumo desse medicamento aumentou 20 vezes (BLECH, 2005). Nos Estados Unidos, no período de 1990 a 1999, a produção de metilfenidato aumentou 700% (CONRAD, 2007) e, atualmente, aproximadamente 5 milhões de crianças tomam esse medicamento a cada dia (BLECH, 2005).

A indústria farmacêutica é um dos ramos mais rentáveis atualmente, e um dos que mais crescem. Os americanos gastam um total aproximado de US\$ 200 bilhões por ano em medicamentos vendidos sob prescrição médica, e esse valor cresce a uma taxa de 12% ao ano. Cada laboratório farmacêutico gasta, em média, 36% de sua receita total em marketing e distribuição (ANGELL, 2007). Isso significa dizer que uma parte da arrecadação da indústria farmacêutica vai para a propaganda e promoção de seus produtos, tanto para o consumidor quanto para o prescritor, que também é um dos motivos do aumento da medicalização da sociedade em geral.

Um dos grandes problemas da superestimulação dos diagnósticos do TDAH e do consequente excesso de medicalização são os efeitos secundários e a longo prazo do metilfenidato. Ainda não se sabe o mecanismo de ação completo dessa substância no cérebro, porém é consenso que ela age de uma forma parecida com a cocaína (BREGGIN, 2002), sem produzir o efeito rebote. Dentre os efeitos adversos dos estimulantes estão excitação psicomotora, medo, insônia e mania de perseguição; e a sua suspensão repentina, em caso de tratamentos a longo prazo, pode causar sintomas de abstinência. Blech (2005) atenta também para o fato de que os medicamentos modificam as condições em que se desenvolve o cérebro infantil.

Segundo Peter Breggin (2002) os estimulantes mudam o comportamento em crianças e em adultos, porém a tendência a causar efeitos adversos e nocivos é muito maior no cérebro jovem. Crianças em tratamento com o metilfenidato são mais propensas a apresentar agitação, hostilidade, depressão e depressão psicótica, pensamentos anormais, alucinação, psicose e instabilidade emocional. Existem ainda vários relatos de overdose, overdose intencional e tentativas de suicídio relacionados a esse medicamento.

Ainda para Breggin (2002), todos os estimulantes, incluindo o metilfenidato, agem como se inserissem um “guia” no cérebro da criança, suprimindo a habilidade cerebral de gerar vida e comportamento mentais espontâneos. Esses medicamentos interrompem as conexões nas regiões mais desenvolvidas do cérebro, incluindo os lobos frontais, que são as sedes dos comportamentos mais finos. Quando essas áreas são danificadas, tanto em animais quanto em humanos, as funções mais complexas ou sutis são destruídas. Para ele, seria um tipo de lobotomia química.

A redução do comportamento espontâneo, assim como a submissão forçada, fazem com que a criança seja menos comunicativa, menos propensa a sair do seu lugar na escola e menos propensa à socialização com seus colegas (BREGGIN, 2002). Dessa forma, ela passa a ser melhor aceita na sala de aula, no consultório médico e em casa, ou seja, na sociedade em geral. Breggin (2002) defende que os estimulantes também tornam a criança mais compulsiva, fazendo com que ela foque sua atenção em tarefas que antes considerava entediadas, como copiar os conteúdos do quadro e escrever a mesma coisa dez vezes. Além disso, não existem evidências que os estimulantes realmente aumentem o desempenho acadêmico (BREGGIN, 2002).

O tipo de atenção produzida pelos estimulantes não envolve a realização de escolhas racionais. É uma atenção obsessiva-compulsiva forçada para atividades de memorização. Escolhas pessoais desempenham um papel pequeno nesse processo

(BREGGIN, 2002). Medicamentos estimulantes realmente tendem a tornar a criança mais submissa, ou seja, mais obediente. Porém, “[e]les [os estimulantes] fazem isso às custas da sua imaginação, sua criatividade, sua capacidade de gerar atividade e seu entusiasmo geral pela vida” (BREGGIN, 2002, p. 23). Por fim, esses benefícios aparentes dos estimulantes, para alguns estudiosos são, na verdade, resultado dos efeitos nocivos desses fármacos no cérebro e mente das crianças.

4 METODOLOGIA

A metodologia de uma pesquisa engloba os caminhos que devem ser percorridos para que se chegue a um resultado, relacionado aos objetivos estabelecidos para essa pesquisa. Para Minayo (MINAYO, 2004), a metodologia seria o caminho e os instrumentos de abordagem de uma realidade e, nesse sentido, ocuparia lugar central no interior das teorias sociais, uma vez que faz parte da visão social de mundo veiculada na teoria. Dessa forma, engloba concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas utilizadas para a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador.

Ciência e metodologia caminham juntas, enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem. O conjunto de técnicas pode ser considerado secundário em relação à teoria, porém não sem importância, pois leva à prática as questões formuladas de forma abstrata. Um trabalho excessivamente teorizador e com poucos instrumentos de abordagem da realidade, por sua vez, corre o risco de levar a divagações pouco precisas em relação ao método de estudo (MINAYO, 2004).

Nesta seção, serão abordados os caminhos pelos quais essa pesquisa passou para alcançar os objetivos descritos anteriormente, sempre buscando a relação com a teoria estudada e sem perder de vista o problema estabelecido.

4.1 Desenho da Pesquisa

O universo de estudo dessa pesquisa foram as mães de crianças com diagnóstico de TDAH e professores ligados a elas, não necessariamente seus professores. A intenção foi descobrir o que eles pensam sobre o diagnóstico do TDAH, que caminhos passaram para chegar até ele, e o que pensam sobre o seu tratamento. Para que o objetivo fosse alcançado, foi necessária uma análise mais profunda, buscando a opinião de cada um dos entrevistados.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa, na medida em que não pretende ser neutra, e por considerar que o objeto de sua pesquisa é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 2004), foi escolhida como a metodologia de pesquisa do presente trabalho. Segundo Minayo (MINAYO, 2004), as metodologias de pesquisa qualitativa são:

[...] entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerente *aos atos, às*

relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (p. 10, grifos da autora)

É importante ressaltar que qualquer produção científica nas ciências sociais é uma criação e leva consigo marcas do seu autor, da sua visão do mundo e do seu referencial teórico. Esse trabalho não foi diferente, e é preciso considerar que o sujeito pesquisador das ciências sociais não é neutro e interage o tempo inteiro com o sujeito pesquisado (MINAYO, 2004).

4.2 Os Dados

Dados confiáveis e criteriosamente colhidos são essenciais para a confiabilidade e a validade dos resultados de uma pesquisa. Isso significa dizer que uma pesquisa deve possuir uma seleção de informantes capazes de responder às questões propostas, os procedimentos para a coleta de dados devem garantir a obtenção de respostas confiáveis e os resultados devem ser articuláveis com o conhecimento teórico previamente estabelecido (DUARTE, 2006). Para isso, todo o processo de planejamento da pesquisa, em relação à coleta de dados, deve ser muito bem pensado. Nesta seção serão descritas as etapas para a coleta de dados, desde o local e a amostra, até a forma de coleta.

Convém destacar que a pesquisa em questão foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 180/08, em 28 de julho de 2008.

4.2.1 Local

O local escolhido para a seleção dos participantes da pesquisa é um município da região do Vale do Itajaí de Santa Catarina, com uma população aproximada de 33.326 habitantes, em 2007, segundo o IBGE (www.ibge.gov.br). O município foi escolhido por ser de fácil acesso, uma vez que o pesquisador já tinha contatos com a Secretaria Municipal da Educação.

O município conta com uma área de 127 km² e 92% de sua população vive na região urbana, sendo que sua economia está baseada na indústria. Possui catorze escolas de ensino fundamental, sendo seis municipais, sete estaduais e uma particular. O número de estudantes matriculados no ensino fundamental em 2007 foi de 4.668 estudantes, sendo 2.270

na rede pública estadual, 2.253 na rede pública municipal e 145 na rede privada (SILVA, 2008).

Essa intencionalidade da escolha está relacionada a uma maior confiabilidade da amostra, ou melhor, dos indivíduos que serão entrevistados, cujo objetivo é contribuir para atingir os objetivos da pesquisa. Para Duarte (2006), boa parte da validade de uma pesquisa está associada à seleção dos participantes. Isso significa dizer que vale mais a qualidade das entrevistas e a sua relevância, do que a quantidade de indivíduos ou seu *status* social.

4.2.2 Indivíduos investigados

Como descrito anteriormente, os sujeitos investigados foram as mães de crianças diagnosticadas com TDAH e professores que têm ou tiveram contato com essas crianças. Foram entrevistadas quatro mães e cinco professores da rede municipal de ensino, números considerados suficientes para a realização das análises teóricas. As tabelas 4.2.2.1 e 4.2.2.2 descrevem as características das mães e dos professores entrevistados, respectivamente:

Tabela 4.2.2.1. Descrição das mães de crianças diagnosticadas com TDAH entrevistadas.

	Idade	Ocupação	Escolaridade	Idade do filho	Tempo de diagnóstico
Mãe 1	33	Do lar	Ensino médio	7	Não se aplica
Mãe 2	28	Micro-empresária	Ensino fundamental incompleto	12	3 anos
Mãe 3	45	Do lar/diarista	Ensino fundamental incompleto	8	1 ano
Mãe 4	38	Do lar	Ensino fundamental	14	3 anos

Tabela 4.2.2.2. Descrição dos professores ligados às crianças diagnosticadas com TDAH entrevistados.

	Sexo	Idade	Ocupação	Escolaridade	Há quanto tempo trabalha com crianças
Professor 1	Fem	49	Professor	Especialização	27 anos
Professor 2	Fem	38	Diretor	Especialização	22 anos
Professor 3	Fem	39	Orientador pedagógico	Especialização	22 anos
Professor 4	Fem	37	Orientador pedagógico	Graduação	19 anos
Professor 5	Fem	39	Orientador pedagógico	Especialização	19 anos

É possível notar que as mães entrevistadas possuem de 28 a 45 anos e a maioria é do lar e não cursou todo o ensino fundamental. Seus filhos têm entre 7 e 14 anos e dois deles possuem o diagnóstico há três anos. O filho da mãe 1 tinha suspeita do diagnóstico quando a

entrevista foi marcada, porém essa suspeita se mostrou infundada, fato que só foi confirmado um dia antes da entrevista. Por este motivo, achou-se interessante entrevistar esta mãe também.

Já a idade dos professores variou entre 37 e 49 anos e todos possuem mais de 19 anos de experiência lidando com as crianças. Somente um dos professores entrevistados não tem Especialização em alguma área da educação e a maioria trabalha atualmente como orientador pedagógico. Porém todos já trabalharam diretamente em sala de aula, com alunos em fase de alfabetização, período em que geralmente se diagnostica o TDAH.

Essas mães e professores foram identificados por meio da Secretaria Municipal da Educação. A Secretária Municipal da Educação foi contatada, foram explicados a ela os objetivos da pesquisa, sua metodologia, ou seja, o projeto como um todo. A partir daí, foram repassados à pesquisadora os contatos com as escolas que possuíam crianças com esse diagnóstico. Foram cinco escolas municipais ao todo, totalizando dez crianças com TDAH.

Os orientadores pedagógicos de cada escola foram contatados e eles se responsabilizaram em fazer o primeiro contato com as mães. Cada um definiu a melhor maneira de conversar com as mães para explicar os objetivos e a metodologia da pesquisa. Algumas preferiram elas mesmas entrarem em contato com as mães e outras passaram os telefones para que a própria pesquisadora iniciasse o diálogo com elas. Do total de dez mães, cinco não quiseram participar da pesquisa.

Ao final, cinco mães concordaram em realizar a pesquisa, porém somente quatro entrevistas foram realmente realizadas. Uma das mães trabalha o dia inteiro e nos finais de semana e os horários não foram compatíveis com os da pesquisadora. Todos os professores entrevistados também fazem parte do sistema municipal de ensino e foram contatados por meio das escolas. A todos os participantes foram explicitados brevemente os objetivos principais da pesquisa, sua importância e os motivos para o uso do gravador, bem como seus direitos enquanto sujeitos da pesquisa.

4.2.3 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade semi-estruturadas. As entrevistas em profundidade permitem identificar as diferentes maneiras de perceber e descrever os fenômenos (DUARTE, 2006), no caso como as mães e os professores percebem e lidam com as crianças com TDAH. As entrevistas foram semi-estruturadas, pois partiram de um roteiro-base. Nessa etapa, o pesquisador fez perguntas específicas,

previamente estabelecidas, porém o entrevistado teve liberdade para abranger outras questões e responder em seus próprios termos. Para Minayo (2004), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é:

[...] a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (p. 109-110)

A partir desse método, foi possível identificar as principais razões e influências que levaram as mães a buscarem ajuda de profissionais de saúde para suas crianças, e também como elas e os professores veem o diagnóstico do TDAH, assim como também o seu tratamento.

Foram realizados dois roteiros de entrevista, um para as mães (que pode ser encontrado no Apêndice A) e um para os professores (Apêndice B). Cada um dos roteiros de entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas (mais relacionadas a dados essenciais, como idade, sexo e relação com a criança). Cada um dos roteiros possuía cinco perguntas abertas principais.

Nos dois casos, primeiramente foram feitas as perguntas fechadas, para melhor conhecer o entrevistado. As perguntas abertas apenas guiaram a entrevista, não servindo como roteiros fixos e imutáveis. O instrumento de coleta que utilizado foi o gravador, que possibilitou o registro literal e integral da entrevista, oferecendo maior segurança à fonte.

4.3 Análise do levantamento de dados

O início da análise dos dados se deu em paralelo com a coleta desses dados, através da transcrição das entrevistas e análise prévia do material transcrito. Dessa forma, foi possível perceber questões importantes que poderiam ser abordadas mais exaustivamente ou reformuladas.

A descrição e a análise dos dados obtidos têm por objetivo organizar as reflexões do pesquisador e avançar na estruturação consistente do trabalho, além de conduzir o futuro leitor desse trabalho (DUARTE, 2006). Para Duarte (2006, p. 78), “[a]nalisar implica separar o todo em partes e examinar a natureza, funções e relações de cada uma”. Dessa forma, e sem perder de vista os objetivos do trabalho, as informações ou dados obtidos foram classificados, de forma que a estabelecer e organizar grupos de temas comuns, aqui chamados de categorias,

que foram analisadas profunda e separadamente: “[categorias] são, então, estruturas analíticas construídas pelo pesquisador, que reúnem e organizam o conjunto de informações obtidas a partir do fracionamento e da classificação em temas autônomos, mas inter-relacionados” (DUARTE, 2006, p. 79). Em cada categoria, foram abordados conjuntos de respostas dos entrevistados, de forma a descrever, analisar e voltar às teorias, sempre citando frases interessantes das entrevistas.

Para a elaboração dessas categorias e de seus sub-itens foi utilizado como referencial teórico Laurence Bardin (BARDIN, 1977). Essa autora divide a análise de conteúdo em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-análise foram selecionadas as partes das entrevistas que consituíram o que ela chama de *corpus* de análise. O *corpus* de análise consiste no conjunto de documentos que será submetido aos procedimentos de análise propriamente ditos. Esse *corpus* foi selecionado através do que Bardin chama de leitura flutuante, ou seja, uma leitura inicial das entrevistas que visa estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.

A fase de exploração do material não pode ser considerada uma sequência, uma vez que, muitas vezes, ela pode ocorrer juntamente à pré-análise. Nesta fase foi possível estabelecer as duas grandes categorias definitivas, por meio da leitura exaustiva do *corpus* selecionado e da codificação. Por fim, a fase do tratamento dos resultados obtidos, que também não foi realizada isoladamente das demais, visou tornar os dados válidos e significativos, por meio de uma análise teórica. Para isso, o material coletado foi confrontado com o material bibliográfico já previamente selecionado e outros relacionados a assuntos que surgiram a partir das fases de pré-análise e análise, tornando possível novas reflexões sobre o tema abordado.

Através da análise do material coletado nas entrevistas foi possível dividir os temas tratados em dois grandes eixos primários: “comportamentos anormais, normalização e controle social” e “classificação e classificados”. Para cada uma dessas categorias foi construído um artigo, correspondente aos resultados encontrados, e que foram chamados de Artigo 1 e Artigo 2.

O primeiro grande tema “comportamentos anormais, normalização e controle social” foi subdividido em quatro sub-eixos, cada qual analisado a partir de um ou mais referenciais teóricos específicos sobre o tema: (1) os comportamentos anormais e o TDAH; (2) medicalização dos comportamentos anormais; (3) normalização das crianças e da família; e (3) o tratamento, o medicamento e o controle social. Nesse caso, as categorias definitivas

foram estabelecidas e construídas somente após a leitura e análise das entrevistas.

O segundo grande tema “classificação e classificados” foi subdividido também em quatro itens, baseado nas ideias do autor Ian Hacking: (1) a classificação; (2) os indivíduos que, por ter sido um tema bastante citado, desse sub-eixo derivou mais um, chamado (2.1) os informados; (3) as instituições; e (4) o conhecimento e os especialistas. Essa divisão de categorias foi pré-definida, baseadas na classificação do autor utilizado como referencial teórico da análise.

4.4 Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas, principalmente, ao método de pesquisa utilizado. Em relação à pesquisa qualitativa, algumas características limitantes são: corre-se o risco de dar uma maior ênfase na descrição dos fenômenos, em detrimento da análise dos fatos; o envolvimento do pesquisador com seus valores, emoções e visão de mundo, na análise da realidade; e a dificuldade em si de trabalhar com “estados mentais” (MINAYO, 2004).

Outra limitação do estudo refere-se à disponibilidade dos entrevistados, tanto em relação ao tempo, quanto em abertura e vontade de falar. É importante ressaltar que, a situação da entrevista consiste numa troca desigual entre os atores envolvidos nessa relação, uma vez que é o pesquisador quem dirige, controla e orienta a entrevista, mesmo quando tenta deixar o entrevistado à vontade (MINAYO, 2004). Essa característica pode deixar o sujeito do estudo constrangido e até modificar suas respostas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, a forma de apresentação dos resultados das dissertações de mestrado é por meio de pelo menos um artigo. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estarão sob a forma de dois artigos científicos, correspondendo aos itens 8.1 e 8.2, a seguir. O título do primeiro artigo é “Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social”. O segundo artigo dessa dissertação se chama “Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados”.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, R. Stimulant treatment for ADHD: a comment. **Australian Prescriber**, v. 18, n., p. 64. 1995.
- AMARAL, A. H.; GUERREIRO, M. M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 884-888. 2001.
- ANDRADE, E. R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 81-85. 2004.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BARRETT, J. R. Hyperactive Ingredients? **Environmental Health Perspectives**, v. 115, n. 12, p. A578. 2007.
- BARROS, J. A. C. Nuevas tendencias de la medicalización. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Supl, p. 579-587. 2008.
- BLECH, J. **Los inventores de enfermedades**: cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino, 2005. v.65. 256 p.
- BREGGIN, P. R. **The Ritalin fact book**: what your doctor won't tell you about ADHD and stimulant drugs. Cambridge: Perseus Publishing, 2002. 234 p.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. 269 p.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar**: ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996. 264 p.
- CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization**: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 327 p.
- DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. (rev). Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.
- DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2006. p.61-83.
- IORE, M. A. Medicalização do corpo na infância: considerações acerca do Transtorno do

Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, p. 365-380. 2005.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 35. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 288 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158 p.

GOMES, M.; PALMINI, A.; BARBIRATO, F.; ROHDE, L. A.; MATTOS, P. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 2, p. 94-101. 2007.

HACKING, I. A tradition of natural kinds. **Philosophical Studies**, v. 51, n., p. 109-126. 1991.

_____. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In: RUSSO, M.;CAPONI, S. (Org.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.305-320.

_____. Kinds of people: moving targets. **Proceedings of the British Academy**, v. 151, n., p. 285-318. 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1975. 196 p.

KONOFAL, E.; LECENDREUX, M.; DERON, J.; MARCHAND, M.; CORTESE, S.; ZAÏM, M.; MOUREN, M. C.; ARNULF, I. Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. **Pediatric Neurology**, v. 38, n. 1, p. 20-26. 2008.

LECOURT, D. Normas. In: RUSSO, M.;CAPONI, S. (Org.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.292-303.

LEWONTIN, R. C.; ROSE, S.; KAMIN, L. J. **No está en los genes: racismo, genética e ideología**. Barcelona: Romanyà/Valls, 2003.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

POETA, L. S.; NETO, F. R. 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. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 150-155. 2004.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. **An Interdisciplinary Journal**, v. 22, n., p. 93-115. 2001.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2 Supl, p. S61-S70. 2004.

SILVA, N. M. A. (Org.). **Proposta curricular da Rede Municipal de Ensino de Timbó**.

Timbó: Secretaria Municipal de Educação, 2008. 252 p.

TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 465-484. 2007.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood**. New York: Brunner-Routledge, 2002. 190 p.

URIBE, C. A.; ROJAS, R. V. Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. XXXVI, n. 2, p. 255-291. 2007.

VASCONCELOS, M. M.; JUNIOR, J. W.; 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. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.

WANNMACHER, L. Correto diagnóstico para real indicação de psicoestimulantes. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**, v. 3, n. 10, p. 2006.

ZAVASCHI, M. L. S.; ROHDE, L. A.; LORENZON, S. F.; NETTO, M. S. Transtornos do comportamento na infância. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Conduas de atenção primária baseadas em evidências**: Artmed, 2004. p.943-954.

7 APÊNDICES

7.1 Apêndice A – Roteiro de Entrevista para as Mães

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Mães)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Código do roteiro: _____

Data: _____

I. Identificação

1. Sexo: _____

2. Idade: _____

3. Ocupação: _____

4. Escolaridade: _____

II. Sobre o TDAH

1. Quais as principais causas que motivaram o agendamento de uma consulta médica para essa criança?

1.1. Você verificou mudanças de comportamento da criança, antes do diagnóstico, ao passar pelos diferentes níveis escolares (pré-escola para primeira série, para segunda, etc.)?

1.2. De quem foi a sugestão de procurar um médico (professor, amigos, colegas, iniciativa própria, outros)?

2. Há quanto tempo a criança tem esse diagnóstico?

2.1. Qual o problema que você vê em seu filho?

2.2. O que você entende por TDAH?

2.3. Como vocês chegaram a esse diagnóstico?

2.4. Como foi a reação da família frente esse diagnóstico?

2.5. Você verifica um comportamento agitado e falta de atenção? Em que momentos e lugares?

3. Qual o tratamento indicado pelo médico?

3.1. Quais os procedimentos realizados pela criança e pela família?

3.2. Há quanto tempo faz o tratamento?

3.3. Como se dá o acompanhamento médica da criança? O tratamento é reavaliado? Ela vai ao psicólogo? Tem acompanhamento psicopedagógico na escola?

3.3. Você observou mudanças de comportamento após o tratamento?

3.4. Você observou algum efeito indesejado devido ao tratamento?

3.5. Como você percebeu a reação da criança frente ao diagnóstico e ao tratamento? O que isso representa para você?

3.6. Por quanto tempo você acha que a criança terá que fazer o tratamento?

4. Em relação à família, ocorreram alterações na estrutura ou exigências familiares após o diagnóstico?

4.1. A família possui algum tipo de acompanhamento psicoterapêutico ou escolar?

4.2. Depois do diagnóstico você observa alguma mudança no comportamento de seu filho? Durante o tempo livre ele mudou suas atitudes? Durante o período escolar ele mudou suas atitudes?

4.3. Como a família se sente e reage a esses comportamentos da criança? Traz alguma alteração ou dificuldade para a rotina e bem estar da família?

5. Como foi a gravidez dessa criança?

5.1. Foi planejada?

5.2. Como a família se organizou?

7.2 Apêndice B – Roteiro de Entrevista para os Professores

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Professores)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Código do roteiro: _____

Data: _____

I. Identificação

1. Sexo: _____

2. Idade: _____

3. Ocupação: _____

4. Escolaridade: _____

II. Sobre o TDAH

1. Há quanto tempo você trabalha com crianças?

1.1. Você nota diferenças nos comportamentos das crianças quando você começou e agora?

1.2. E no comportamento dos pais?

2. Você acha que existem muitos casos de TDAH?

2.1. Quem diagnostica a doença?

2.2. O que você acha do diagnóstico do TDAH?

2.3. Como você acha que a criança se sente, após o diagnóstico? E os pais, a família como um todo?

3. Há alguns anos atrás, o que se fazia com a criança “sapecá”, hiperativa?

3.1. O que se faz hoje?

3.2. Como os pais lidavam com a informação de que seu filho é hiperativo

3.3. Como os pais lidam hoje?

3.4. Quem encaminha essas crianças para o profissional da saúde?

4. Como a escola procede em casos de crianças diagnosticadas com TDAH?

4.1. Existe alguma diferenciação no tratamento da criança após o diagnóstico, em relação à escola?

4.2. Há algum tipo de suporte para os pais ou mesmo para a criança?

5. O que você acha do tratamento?

5.1. Que tipo de tratamento dá mais resultado, na sua opinião? Por quê?

5.2. Você teria alguns exemplos de situações que ocorreram com você?

7.3 Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu, Fabíola Stolf Brzozowski, portadora do CPF 038.328.069-97 e do RG 2.746.630, venho solicitar a sua participação na pesquisa que estou desenvolvendo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Caponi.

O título do trabalho é “A medicalização da infância: a visão dos pais de crianças diagnosticadas com TDAH sobre a doença, seu diagnóstico e terapêutica” e tem como objetivos principais determinar as razões que levaram os pais de crianças portadoras de TDAH a procurarem ajuda de profissionais de saúde para essas crianças e analisar suas visões desses sobre o diagnóstico e o tratamento da doença.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas com os pais ou tutores legais. Posteriormente, essas entrevistas serão transcritas e analisadas, e publicadas na forma de uma dissertação de mestrado e de artigos científicos.

Essa pesquisa visa entender e ouvir o que os pais têm a dizer sobre o TDAH, seu tratamento e diagnóstico, buscando também uma reflexão por parte dos próprios entrevistados acerca da concepção que têm da criança, da doença e de si mesmos como pais, possibilitando a eles entrarem na discussão desse problema.

Não há riscos ou desconfortos associados à participação nesta pesquisa e é garantido aos participantes o anonimato, tanto individual quanto da escola em que a criança estuda e da cidade onde serão realizadas as entrevistas, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para

publicação, sem trazer prejuízos ou constrangimentos ao participante.

Caso haja alguma dúvida em relação ao estudo, ou o desejo de interromper a participação nesta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones (48) 3879-0001 / (48) 8413-6685, ou pelo e-mail fabijerzy@yahoo.com.

Diante do exposto e pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, através de encontros compondo-se de entrevista semi-estruturada. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida acerca do assunto.
- Da segurança de ser preservada minha identidade e anonimato.
- Da liberdade de desistir do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum.
- Do compromisso de acesso às informações coletadas, bem como os resultados obtidos.
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Ciente, concordo em participar deste estudo.

Data: _____

Ass. Participante _____

Fabíola Stolf Brzozowski
Pesquisadora principal

Fabíola Stolf Brzozowski
Rua Lauro Linhares, 657, ap. 401B. 88036-001, Florianópolis, SC.
Tel: (48) 3879-0001 / (48) 8413-6685, email: fabijerzy@yahoo.com

8 ARTIGOS CIENTÍFICOS

8.1 Artigo 1 - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social

Fabíola Stolf Brzozowski¹

Sandra Caponi¹

Correspondência:

Sandra Caponi

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88010-970

E-mail: sandracaponi@newsite.com.br

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Resumo

O objetivo deste artigo foi descrever o que são e de que forma são vistos os comportamentos anormais de crianças, nas escolas e em suas casas, que levam ao diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), e por que essas crianças chegam até o profissional de saúde. Para tal objetivo, foram entrevistados mães e professores de crianças diagnosticadas com TDAH, através de um roteiro de pesquisa semi-estruturado. Esse artigo analisará um eixo temático que surgiu a partir da pesquisa, chamado de *comportamentos anormais e normalização*. De maneira geral, os comportamentos são considerados anormais ou desviantes quando alguma regra social é quebrada. Na escola, uma prática que vem sendo cada vez mais utilizada para resolver o problema das crianças que apresentam comportamentos anormais é o encaminhamento ao profissional de saúde. O diagnóstico de TDAH é um dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns da infância e geralmente parte da escola o encaminhamento ao profissional da saúde. Dessa forma, a área da educação passa o problema adiante e se isenta parcialmente das responsabilidades sobre a educação dessa criança. A escola utiliza estratégias disciplinares para produzir corpos úteis à sociedade. As crianças desviantes constituem um problema, do ponto de vista da escola, pois quebram com essa produção. Para que elas sejam restauradas, uma estratégia é o encaminhamento, o diagnóstico e o tratamento médicos, a principal forma de controle social atual. Pelo diagnóstico e pelo tratamento é possível mudar as atitudes para com a criança e torná-la docilizável, fazendo com que o trabalho da escola e do professor seja facilitado. Talvez esteja ocorrendo, em nossa sociedade, uma falta de tolerância para com os diferentes comportamentos possíveis de serem encontrados.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Medicalização da Infância, Biologização da aprendizagem, Disciplina, Controle Social.

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Abnormal Behavior, Normalization, and Social Control

Abstract

The object of this article is to describe what are the abnormal behaviors that, when displayed by children, lead to a diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The study also seeks to analyze what are the caretakers' view on these behaviors, and why those children are referred to health professionals. Mothers and teachers of ADHD-diagnosed children were interviewed following a semi-structured interview outline. This article examines a thematic axis that arose from the interviews, namely *abnormal behavior and normalization*. In general, behaviors are considered abnormal or deviant when some social rule is broken. The diagnosis of ADHD is one of the most common diagnoses during childhood. In schools, referral to health professionals is an increasingly common practice, which can be seen as a way to pass the problem on. Schools use disciplinary strategies in order to produce useful bodies for society. Deviant children are a problem, from the school's standpoint, because they break this production. In order for those children to be put back into production line, one of the strategies is the medical referral, diagnosis, and treatment, which can be currently seen as the main form of social control. Through diagnosis and treatment it is possible to change attitudes towards the child, making her 'docilizable', and thus making the teachers' and the school's job much easier. Maybe our society is experiencing a lack of tolerance towards different behaviors.

Keywords: ADHD, Medicalization of Childhood, Biologization of Learning, Discipline, Social Control.

1 Introdução e objetivos

A ideia de que falta de atenção, impulsividade e hiperatividade, sintomas característicos do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), são fenômenos médicos é recente, e o início do interesse em crianças que apresentavam essas características data do início do século XX (TIMIMI, 2002). Esse processo pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente chamados de doenças, transtornos ou síndromes foi objeto de análise de diversos sociólogos e filósofos como Illich, Foucault, Conrad, dentre outros. Essa sobreposição de fatos cotidianos pelo discurso médico recebeu o nome de “medicalização” (CONRAD, 2007). Dessa forma, entende-se aqui por medicalização a expansão do discurso médico, na qual condições de saúde ou de comportamento passam a ser estudadas, definidas e tratadas como questões médicas.

O diagnóstico do TDAH se alastra de forma generalizada, principalmente na escola, e isso mostra, dentre outras coisas, a medicalização do comportamento dessas crianças diagnosticadas (FIORE, 2005). A biologização de comportamentos anormais, mais especificamente na escola, um dos temas tratados nesse artigo, vem se tornando uma prática muito comum. As crianças que, de alguma forma, apresentam alguma dificuldade de aprendizagem podem vir a ser encaminhadas aos profissionais de saúde, se constatado que seu problema não é de ordem disciplinar ou familiar.

A escola é uma instituição de aprendizado, de socialização, de cidadania, de conhecimento, de direitos e de deveres, com o objetivo de ajudar a criança a se inserir na sociedade onde vive. Para que se alcance esse objetivo, ela cria algumas estratégias disciplinares, e uma delas, talvez a mais atual, é o diagnóstico médico.

Os objetivos desse artigo foram descrever e analisar a visão dos professores e das mães sobre os comportamentos considerados anormais, que levaram ao diagnóstico do TDAH, e as razões que os fizeram encaminhar essas crianças ao profissional de saúde.

Para isso, primeiramente será descrita a metodologia empregada para a realização do artigo. Posteriormente, o artigo pretende mostrar o que se considera um comportamento anormal na escola e como ele é interpretado. A seção 4 relaciona os comportamentos desviantes e sua biologização e transformação em patologias. A seção 5 traz uma discussão mais voltada para a disciplina escolar, tanto das crianças quanto de suas famílias, e suas estratégias. A seção 6 aborda o tema do tratamento do TDAH e de que maneira ele funciona como uma forma de controle social. Por fim, serão trazidas as considerações finais, nas quais

se buscam reflexões sobre os temas discutidos.

2 Metodologia

O universo de estudo da pesquisa foram as mães e os professores de crianças com diagnóstico de TDAH. A intenção era descobrir o que eles pensam sobre a trajetória terapêutica dessas crianças, desde o descobrimento do problema, passando pelo diagnóstico, até chegar ao tratamento. Foram entrevistadas quatro mães e cinco profissionais da área de educação, pedagogos, que tinham ligação com as crianças em questão.

O local escolhido para a seleção dos participantes da pesquisa foi um município da região do Vale do Itajaí de Santa Catarina, com uma população aproximada de 35.000 habitantes. O município foi escolhido por ser de fácil acesso, uma vez que o pesquisador já tinha contatos com a Secretaria Municipal da Educação. Esse município conta com 16 escolas de ensino fundamental, sendo seis municipais, sete estaduais e três particulares.

As mães entrevistadas possuem de 28 a 45 anos e a maioria é do lar e não cursou todo o ensino fundamental. Seus filhos têm entre 7 e 14 anos; dois deles possuem o diagnóstico há três anos. Já a idade dos professores variou entre 37 e 49 anos e todos possuem mais de 19 anos de experiência lidando com crianças. Essas mães e professores foram identificados por meio da Secretaria Municipal da Educação. A Secretária Municipal da Educação foi contatada, foram explicados a ela os objetivos da pesquisa, sua metodologia, ou seja, o projeto como um todo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade semi-estruturadas, ou seja, partindo de um roteiro-base. O instrumento de coleta utilizado foi o gravador, que possibilitou o registro literal e integral da entrevista, oferecendo maior segurança à fonte. As informações obtidas foram classificadas, de forma a estabelecer e organizar grupos de temas comuns, as categorias, que foram analisadas separadamente.

Para a elaboração dessas categorias e de seus sub-itens foi utilizado como referencial teórico Laurence Bardin (1977). Esse autor divide a análise de conteúdo em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-análise foram selecionadas as partes das entrevistas que consituíram o que ele chama de *corpus* de análise. Durante a fase de exploração do material, o material foi lido exaustivamente, de forma a definir as categorias que iriam ser analisadas. Por fim, a fase do tratamento dos resultados obtidos, que também não foi realizada isoladamente das demais, visou tornar os dados válidos e significativos, por meio de uma análise teórica. Para isso, o material coletado foi

confrontado com o material bibliográfico já previamente selecionado e outros relacionados a assuntos que surgiram a partir das fases de pré-análise e análise, tornando possível novas reflexões sobre o tema abordado.

O eixo temático principal de análise desse artigo foi chamado de *comportamentos anormais e normalização*, que foi subdividido em sub-eixos para uma análise mais aprofundada de cada um: (a) *os comportamentos anormais e o TDAH*; (b) *medicalização dos comportamentos anormais*; (c) *normalização das crianças e da família*; (d) *o tratamento, o medicamento e o controle social*. A análise teórica desse eixo e de seus sub-eixos foi feita a partir de autores renomados de cada uma das áreas descritas acima.

O projeto inicial da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 180/08.

3 Os comportamentos anormais e o TDAH

Quando um indivíduo se diz doente, ele sempre o faz em relação a um estado anterior, quando julgava não ser doente. Assim, saúde e doença podem ser consideradas noções comparativas. Uma pessoa se declara com saúde quando tem segurança de poder ficar doente e se recuperar (CANGUILHEM, 1982). Entretanto, o restabelecimento da saúde não se dá simplesmente pela volta das antigas normas; a saúde se apresenta, dessa forma, como a “capacidade do organismo de inventar continuamente novas normas para responder aos acidentes aos quais ele se expõe em seu confronto com o meio, e, para dar conta de suas sequelas” (LECOURT, 2006, p. 297).

Toda norma se apresenta, para Lecourt (2006), como um “esquadro”, ou melhor, um instrumento de alinhamento ou de correção, o qual já supõe a preexistência do torto. Assim, o anormal sempre precede a norma e esta só existe para reduzir o anormal, ou seja, normalizá-lo. Segundo Canguilhem (1982), a ciência descreve o ser humano normal como sendo aquele que se encaixa em normas pré-estabelecidas, determinadas por médias. A medicina atual, científica, possui uma concepção de saúde organizada em torno da norma biológica identificada através de fatos objetivos, medições (LECOURT, 2006).

Mas o indivíduo não é somente um ser biológico, seu poder normativo se exerce sempre em um meio social. Para Lecourt (2006, p. 298) “[...] não somente a saúde exprime um juízo do indivíduo sobre suas possibilidades, mas este juízo traz em si a marca indelével do meio social e histórico onde ele ocorre”. Ele chama a atenção para o fato de que, por

exemplo, o homem de Neandertal, considerado normal em seu tempo, hoje seria doente. Além disso, as constantes fisiológicas, determinadas por médias, de um africano vivo, bem de saúde, na África, são diferentes da norma europeia; isso ocorre não somente em razão do clima, mas também pelos diferentes modos de vida. Mas a medicina adota um ponto de vista fisiológico e determina suas médias e as normas impostas passam por um fato objetivo. O indivíduo que, por algum motivo não segue essas normas, é considerado como um afastamento, um desvio (LECOURT, 2006).

A escola é um lugar com muitas normas, é uma espécie de modelo em escala da sociedade. Portanto, muitos dos comportamentos que serão considerados anormais perante a sociedade podem já se manifestar no ambiente escolar, como é o caso das crianças com TDAH. Para os professores entrevistados, é normal a criança ser irrequieta, ela até precisa disso. Mas quando essa “agitação” atrapalha a aprendizagem, incomoda o professor e os colegas, ela passa a ser sinal de que algo não vai bem, passa a ser considerada anormal. Perguntadas sobre qual o problema que veem em seus filhos, as mães descreveram as características que incomodam a escola, ou seja, falta de atenção, “agitação”, dentre outros que em casa, muitas vezes, passam despercebidos. A fala abaixo descreve alguns desses comportamentos.

[O filho com TDAH] É um avião. Eu penso que ele está ali e ele já está aqui. [...] Quando eu vou em algum lugar com ele, eu já começo a tremer, porque ele não consegue ficar parado. Se eu vou no postinho pra ele arrumar um dente, ou se eu vou no médico, [...] ele pula em cima das poltronas, ele mexe ali, ele mexe aqui [...] (mãe 3)

Os comportamentos descritos pela mãe 3, por sua vez, só passaram a ser vistos como patológicos quando a criança foi para o ambiente escolar. As mães relataram que, até o momento de ingressar em um lugar com muitas normas, ou seja, a escola, esses comportamentos sempre foram considerados normais. E a partir do momento em que o desvio é notado, a tendência é procurar uma explicação para ele.

As explicações geralmente encontradas, pela escola, para esses comportamentos desviantes são diversas, e podem recair sobre a criança, sobre a família, sobre a escola ou sobre o professor (COLLARES; MOYSÉS, 1996). Este artigo não irá se aprofundar muito neste assunto, apenas citar as causas que surgiram nas falas dos entrevistados.

Quando a culpa pelo comportamento anormal recai sobre a própria criança, geralmente está se falando de doenças que impossibilitam o aprendizado. As doenças são um fator explicativo cada vez maior para os problemas escolares, principalmente relacionados à

dificuldade de aprendizagem. O diagnóstico de uma doença possibilita uma explicação para o problema, ao mesmo tempo em que a trata. Na fala abaixo, é possível perceber que o encaminhamento ao profissional de saúde é uma atitude relativamente comum na escola.

[...] a gente tem alguns problemas de comportamento, crianças que não param. Quando a gente percebe um comportamento assim, que a criança é safada uns 2 ou 3 dias e depois sossega. Mas aquele comportamento frequente, contínuo, então, o que que a gente faz? A gente encaminha [para o profissional de saúde]. (professor 4)

Uma das formas da patologização do ensino-aprendizagem é a via das disfunções neurológicas. Existem vários nomes para elas, como TDAH, dislexia, distúrbios de aprendizagem, dentre outros. Todos esses problemas se referem a uma mesma situação: um padrão de comportamento ou de aprendizagem que incomoda, que é diferente das normas socialmente estabelecidas (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Segundo os professores entrevistados, entretanto, deve-se tomar cuidado para não achar que qualquer comportamento estranho seja motivo de doença e não “encher os consultórios médicos”. Essa patologização da aprendizagem, os encaminhamentos aos profissionais de saúde, suas consequências e motivos serão melhor discutidos na seção 4.

Para os professores, e muitas vezes também para as mães, é a família da criança a responsável pelo seu comportamento. Eles argumentam que uma família desestruturada, sem tempo para a criança, permissiva demais, leva a criança a ficar “mal-educada” ou “sem limites”. A visão que se tem de família é a família nuclear, idealizada, onde cada parte dela tem seu papel bem estabelecido (COLLARES; MOYSÉS, 1996).

Esse fator família que [...] assumiu muitos compromissos [...] pai e mãe trabalham o dia inteiro, a creche que cuida, depois é o jardim e depois é a escola, então eles perdem esse referencial [...], a quem eu vou obedecer, de quem eu devo seguir as regras; meu pai fala uma coisa, a escola fala outra, então acho que a gente perdeu esse referencial e o reflexo está vindo nas crianças. (professor 4)

A família como a conhecemos hoje, pequena e nuclear, deriva da família burguesa que surgiu no final do século XVIII, e se tornou um exemplo de como cuidar da casa, da saúde e dos filhos. Há uma crença na sociedade atual de que famílias desestruturadas, na concepção de família nuclear, geram crianças desajustadas, revoltadas, agressivas. Dentro dessa ideia, é o comportamento das famílias que provoca a não-aprendizagem. Acredita-se

que as separações entre os casais, brigas, ausência de algum dos pais, dentre outros, desviem a atenção da criança para esses problemas, tornando sua aprendizagem mais difícil.

[...] nós temos casos de separações, e não poucas, né? Onde a criança fica com a mãe ou às vezes ela opta e fica com o pai, ou quando ela está com a mãe, ou quando ela está com a mãe e o pai, muitas vezes, tem, permissão para visitar o filho mas não vai. Então são muitos conflitos que a gente sabe que a criança não tem condições de trabalhar. Se os adultos não estão preparados para uma separação, imagina a criança? [...] isso tudo, querendo ou não, reflete [...] no ensino-aprendizagem, na questão do comportamento deles aqui, na vidinha deles lá fora. (professor 2)

Além disso, outro motivo citado pelos professores para o aparecimento de comportamentos anormais foi a ausência dos pais na escola. Para Collares e Moysés (1996), a escola espera que a família se submeta às normas impostas pela instituição sem questionar. Ela deve apresentar-se à escola, atendendo aos chamados feitos, não como um direito conquistado pelos pais, mas como uma obrigação.

Segundo os entrevistados, existe o fator estrutural da escola e a forma de dar aula que também podem influenciar na aprendizagem e no comportamento das crianças na escola. Os comportamentos das crianças mudaram, segundo os professores, nos últimos anos. Para eles, atualmente as crianças são mais ativas e participam mais do processo ensino-aprendizagem.

Eu vejo que hoje elas estão mais conectadas, elas estão mais ligadas nas questões, assim, nas questões de um modo geral. Porque elas participam mais do processo, elas questionam, elas querem saber, e no passado não era assim. Na realidade o professor era o encarregado de conduzir as aulas. (professor 2)

Para os entrevistados, alguns professores e a estrutura escolar, entretanto, não conseguiram acompanhar essa evolução. Eles continuam utilizando os mesmos recursos que utilizavam no início de suas carreiras, como descreve a fala do professor 3, a seguir. Essa característica faz com que a criança não se interesse pelos assuntos abordados e não aprenda da forma como deveria.

Agora ele ficar sentado na mesa “abre o livro tal, na página tal” como nós fazíamos e aí “respondam as 5 primeiras questões”, não é por aí. Isso aí não funciona mais. Quer dizer, até funciona, onde o aluno finge que aprende ou o professor finge que ensina, mas na prática depois ele não vai saber nada. (professor 3)

Para Collares e Moysés (1996), procurar um culpado para os problemas escolares leva a esquecer que se trata de um problema coletivo e não individual. A culpa se atribui à criança, à família, ao professor, à escola, quando, na verdade, o problema é bem mais amplo, não restrito à educação, e vai mais além. Segundo as autoras, centrar as causas das dificuldades de aprendizagem nesses segmentos não muda nada. Os assuntos que verdadeiramente deveriam ser discutidos, como o processo pedagógico e o modelo social em que vivemos, ficam mascarados pela culpabilização de elementos isolados, como a medicalização das crianças irrequietas e as dificuldades de aprendizagem, conforme veremos adiante.

4 Medicalização dos comportamentos anormais

Como já foi dito anteriormente, um comportamento desviante é aquele que não segue as normas impostas, se desvia delas. Assim, tanto um crime quanto uma doença são considerados violações das normas (sociais e médicas, respectivamente). Os desvios considerados intencionais tendem a ser considerados crimes; quando são vistos como não intencionais tendem a ser definidos como doenças (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Na escola, é possível ver a grande influência na determinação de metas de aprendizagem, normas, estabelecidas para cada faixa etária, na tomada de posições. A maioria das crianças aprende a ler com determinada idade; aquela que não começa a ler juntamente com as demais pode ser facilmente considerada desviante, dependendo da situação (escola, professor, meio social, dentre outros).

Interessante perceber que os comportamentos que eram chamados de características da personalidade ou atributos, como atenção, agressividade, timidez, impulsividade e outros, hoje são chamados de patologias, e se fundamentam na visão da ciência médica (FIORE, 2005). A fala abaixo representa um exemplo disso: a professora descreve um aluno que incomodava em sala de aula, no início de sua carreira pedagógica, e que foi encaminhado ao profissional de saúde.

Eu me lembro, eu tinha um menino, uma criança que era mais sapeca, aí a mãe levou pro médico [...]. O médico dizia que era assim porque ela era muito inteligente. Esse era o diagnóstico daquele período, há uns 25 anos atrás. (professor 1)

Recentemente, a jurisdição da profissão médica expandiu-se, incluindo muitos

problemas que até pouco tempo atrás não eram considerados e definidos como entidades médicas (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Muitos autores, como por exemplo Ivan Illich, chamam essa tendência de “medicalização da vida” (ILLICH, 1975). Concomitantemente a essa medicalização aumenta também o uso da medicina como um agente de controle social (CONRAD; SCHNEIDER, 1992), assunto que será melhor discutido na seção 6.

A efetividade dos médicos e da medicina moderna no tratamento de muitas doenças certamente tem contribuído para a autoridade que eles possuem. No caso das doenças contagiosas essa efetividade fica em evidência. A descoberta das bactérias, no século XIX, deu início à crença de que para cada doença existe uma causa específica; o sucesso dessa “doutrina da etiologia específica” aumentou o prestígio e a reputação da profissão médica (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). O discurso médico tende a localizar as causas dos comportamentos indesejados, considerados como desvios do normal, no interior dos corpos, postulando agentes ou condições fisiológicas, constitucionais, orgânicas ou psicogênicas que se presume que sejam a causa desses comportamentos (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

De uma maneira geral, a doença vem sendo usada como fator explicativo para comportamentos indesejados pela sociedade, fenômeno que pode ser chamado de biologização (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 2003), e que pode ser percebido também na escola. Com o surgimento da medicina em seus moldes atuais, esta passou a assumir a responsabilidade pelos problemas educacionais que não eram resolvidos na escola.

Assim, o tratamento médico para os comportamentos desviantes são frequentemente anunciados como exemplos do progresso da sociedade moderna (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). O discurso médico se espalha pelo senso-comum porque nele predomina a solução imediata dos problemas, através de mecanismos simples e concretos, como um medicamento. Essas características tornaram as ciências biológicas fontes de certeza e estabilidade, pela descoberta de novas tecnologias, pela emergência das neurociências, pela possibilidade de prolongamento da vida das pessoas e pela promessa de redução de seus sofrimentos (FIORE, 2005).

Para a escola, é prático transformar um problema em uma possível patologia e encaminhar ao profissional de saúde. Se a suspeita for confirmada, a responsabilidade por aquela criança passa a não pertencer somente à escola, mas também aos profissionais da saúde que passarão a atender a criança. A efetividade de uma resposta rápida ao problema, principalmente nos casos em que serão prescritas medidas farmacológicas à criança, faz com que a prática dos encaminhamentos seja cada vez mais comum entre os professores. A fala de uma professora simboliza algumas situações nas quais crianças consideradas anormais na

escola são encaminhadas ao profissional de saúde.

Nós só encaminhamos quando a gente percebe que há dificuldade de aprendizagem, ou dificuldade até de relacionamento, de comportamento. A gente tem um procedimento: a escola encaminha ao posto, que tem a psicóloga; a psicóloga analisando, fazendo o tratamento, vê o grau, e [...] daí sim a psicóloga, dependendo a gravidade, encaminha pra fono[audiólogo], ou neuro[logista]. (professor 4)

Essa transformação de comportamentos desviantes em problemas de saúde pode ser chamada de biologização da aprendizagem e dos comportamentos desviantes. Quando chega uma criança encaminhada com um diagnóstico, as coisas mudam, porque, a partir desse dado, o professor passa a trabalhar com essa criança de uma maneira diferente. Pelos relatos é possível perceber que, somente a partir do diagnóstico é que se passa a compreender a criança. A partir do momento em que se diagnostica, passa-se a ver a criança sob outro olhar e, para os entrevistados, a saber como lidar com ela.

Eu sinto, internamente, um alívio. É porque estou entendendo agora, já sei o que que é, daí eu já ofereço uns livros para o professor. Eu vejo a professora meio desesperada, porque ali no chão de sala é complicado às vezes, algumas coisas que a gente não entende. [...] Então, o diagnóstico, eu acho que abre portas, [...] que é bom para a escola, para o aluno principalmente. (professor 3)

É de certa forma comum encontrar instituições educacionais que se sentem impotentes diante das problemáticas dos alunos, o que leva às queixas escolares em torno das crianças consideradas diferentes e os encaminhamentos dos desviantes para os profissionais da saúde (LEGNANI; ALMEIDA, 2004).

Ao mesmo tempo em que classificam as crianças e as encaminham, as professoras não se sentem preparadas para lidar com os problemas. Elas relatam não haver tido formação específica durante a faculdade, sobre doenças e aprendizagem e, muitas vezes, não sabem o que fazer, o que pode justificar muitos encaminhamentos desnecessários aos profissionais de saúde.

E na nossa formação de pedagogo, mesmo que eu fiz especificamente para a área que eu trabalho, não tem isso [aula sobre TDAH] na cadeira na faculdade. A gente não tem [aulas] sobre dislexia, não tem [aulas] sobre TDAH. E não é novo, porque o próprio TDAH é lá da década de 30. Então tem muita coisa que a gente não viu, então vai buscar sozinho. (professor 3)

Essa falta de informação, que leva à insegurança diante dos casos de dificuldade de aprendizagem ou comportamento mais difíceis de resolver, é um fator fundamental para o encaminhamento ao profissional de saúde. Dentre os professores entrevistados, entretanto, existe também uma preocupação com o exagero, com o possível número muito elevado de encaminhamentos à área da saúde. Eles relataram que a maior parte das crianças encaminhadas são “normais” e uma parcela das que chegam a ser diagnosticadas com TDAH não o são.

Então a gente tem que cuidar também para não encher os consultórios dos médicos e das psicólogas, porque o que está acontecendo é isso [...]. As coisas estão mais presentes agora [...] do que talvez há uns 5 ou 6 anos atrás. [...] Mas também a gente tem que cuidar para não cair num achismo [*sic*], porque hoje tá tão simples para um educador dizer “ah, aquele lá é hiperativo, aquele é hiperativo, aquele também é”. (professor 2)

O número elevado de crianças encaminhadas ao profissional da saúde, muitas delas diagnosticadas com TDAH, alerta para uma das consequências de um excesso de medicalização dos comportamentos considerados anormais na escola: tratar como patológicos comportamentos que, na realidade, são normais. Existe, assim, o perigo da expansão da categoria diagnóstica, englobando dentro dessa classificação um número cada vez maior de indivíduos (CONRAD, 2007). Esse processo vem ocorrendo com o TDAH que, recentemente, além de uma patologia infantil, passou também a ser considerada uma patologia de adultos.

Após o diagnóstico, a escola demanda e acolhe as orientações médico-psicológicas para encaixar a criança com TDAH ao ambiente social; é uma tentativa de padronização dos sujeitos, “na premissa médica de um déficit neurológico que, supostamente, homogeneizaria essas crianças” (LEGNANI; ALMEIDA, 2004, p. 117). Os conhecimentos médicos são considerados verdades do ponto de vista operacional. O profissional considera que está fazendo o melhor ao encontrar um diagnóstico e prescrever um tratamento baseado nos saberes científicos. Já o doente, geralmente leigo no assunto, recebe com muita confiança a versão médica, normalmente considerando-a uma verdade (TESSER, 2007).

Pode-se extrapolar esta ideia também para os pais e os professores de crianças com TDAH. Após o diagnóstico, o médico geralmente passa uma série de recomendações, tanto para a família quanto para a escola e o professor, orientações essas que, na maior parte das vezes, são seguidas da melhor forma possível, conforme o relato da mãe 3. Dessa forma, pode-se considerar o profissional da saúde como o principal detentor da informação sobre o

TDAH.

[A médica] chegou à conclusão que ele é hiperativo. Daí ela mandou um relatório pro São Adalberto² [...] dizendo tudo o que ele tem, para eles saberem como trabalhar com o Lucas, porque eles não sabiam como lidar com o Lucas, então através desse relatório eles conseguiram [...]. [D]entro desse relatório [...] constava que ele precisava de uma professora de apoio, uma professora sozinha, só com ele. Então, eles arrumaram uma professora para ele. (mãe 3)

Para os professores, essas orientações são necessárias para que saibam como lidar com os difíceis, os impulsivos, os desatentos. Para Legnani e Almeida (2004), essa atitude causa a “destituição da possibilidade de cada um encontrar seu lugar no mundo, impossibilitando que a criança com diagnóstico de TDA/H venha a ocupar o lugar de sujeito em seu processo de escolarização” (p. 117).

No fim, todas as tentativas, seja culpar alguém, como foi descrito na seção 3, seja biologizar questões sociais e torná-las doenças, têm por objetivo fazer com que a criança com TDAH se encaixe no molde da sociedade. Esse molde não permite muitos desvios, nem da criança, nem de sua família. E uma das maneiras para se manter o molde, e que se utiliza também para as crianças consideradas normais, é a disciplina, assunto que será abordado a seguir.

5 Normalização das crianças e da família

A família burguesa que surgiu no final do século XVIII, nuclear e reduzida, passou a se preocupar mais pela saúde, longevidade, procriação e sexualidade. O corpo saudável e limpo de seus integrantes e o espaço organizado e arejado precisavam ser preservados e passaram a ser os objetivos prioritários dessa nova família. A partir de então a família foi considerada o núcleo essencial da sociedade, hipervalorizada e a partir da qual garante-se a educação, a assistência, a segurança e a felicidade de todos que a compõem (CAPONI, 2000). A fala abaixo representa a influência da estrutura familiar burguesa “ideal” no imaginário da sociedade atual, inclusive na escola.

Eu acredito na questão da família, [...] acho que o pai e a mãe têm um papel fundamental [...] o pai e a mãe, para mim, são primordiais, tanto a figura materna quanto a paterna. (professor 2)

² Nome fictício da escola.

É nesse contexto, desta nova família, que se constrói a concepção de infância, pois até então não existia a criança conforme a conhecemos. As crianças eram ignoradas ou exploradas até um século ou dois após a Idade Média; elas eram vistas como um “mini-adulto”. A indiferença à criança naquela época é entendida em razão da alta mortalidade infantil: no final do século XVII até dois terços das crianças morriam antes de completar 20 anos. Nessas condições, as pessoas não investiam muito tempo e energia e não se ligavam emocionalmente às crianças. As que sobreviviam, frequentemente, eram enviadas para se tornarem aprendizes ou servirem as casas de outras pessoas (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

A descoberta da infância, que emergiu gradualmente ao longo dos últimos dois ou três séculos, levou a uma diferenciação e separação entre crianças e adultos. A infância passou a ser vista como um período especial de dependência, um tipo de preparação para ingressar no mundo dos adultos. Essa preparação passa pelo controle dos pais, mas também engloba outros recursos extrafamiliares, como os professores, os peritos em crianças, os orientadores educacionais, os assistentes sociais, os pediatras, dentre outros. A medicina se tornou um recurso familiar importante e uma fonte de autoridade (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Para se prepararem para o mundo dos adultos, as crianças precisam aprender a viver em sociedade, mas também precisam ter algumas características que as tornem normais, como brincar e aprender. Muitos professores e mães citaram as necessidades da criança que vão além da alimentação e moradia, elas precisariam, antes de tudo, ser crianças, brincar, se sujar.

Então eu bato muito nessa tecla, que a criança precisa de espaço, precisa brincar, precisa se sujar [...]. (professor 2)

As disciplinas são as estratégias que permitem o controle das operações do corpo, que causam a sujeição de suas forças e que impõem uma relação de docilidade-utilidade; mas também garantem a existência de populações e indivíduos mais saudáveis e, conseqüentemente, mais úteis à sociedade. A disciplina fabrica, dessa forma, corpos dóceis e úteis (FOUCAULT, 2008).

Pode-se afirmar que a escola é uma instituição de normas, como foi relatado pelos professores entrevistados, perpassada por estratégias disciplinares, pois seu objetivo é docilizar as crianças e prepará-las para uma vida em sociedade. Porém, um diagnóstico

neurobiológico, ou um diagnóstico enunciado pela psiquiatria, se transformam também em estratégias disciplinares (GUARIDO, 2007).

Dessa forma, o diagnóstico médico também é uma forma de disciplina. Diagnosticando uma doença, a criança passa a ser tratada de forma diferente, para que possa “acompanhar” os demais colegas e seu comportamento se torne mais “normal”. Encontra-se uma explicação racional para seu comportamento anormal. Para entender seus comportamentos, suas atitudes, para que se aprenda como discipliná-la melhor, fazer com que ela entre no mundo social, normal, conforme descrito pelo professor 4. Acredita-se que, com o diagnóstico e um tratamento apropriado, a criança poderá conquistar a integração social na escola, ao convívio quase normal.

É bom, é ótimo [o diagnóstico], porque até então, ou a criança é taxada de malandra, ou a criança é taxada de ligada, de tansa, muitas vezes. Então vem *n* coisas, *n* problemas acarretando isso e depois do diagnóstico, pronto. (professor 4)

Segundo Foucault (2008), as instituições disciplinares se multiplicam e sua rede cobre uma superfície cada vez mais ampla. Assim, os mecanismos da disciplina tendem a se expandir, a sair das fortalezas fechadas. A escola, por exemplo, não só forma crianças, mas ela também vigia os pais, conhece suas maneiras de viver, seus costumes.

A escola tende a constituir minúsculos observatórios sociais para penetrar até nos adultos e exercer sobre eles um controle regular: o mau comportamento de uma criança, ou sua ausência, é um pretexto [...] para se ir interrogar os vizinhos, principalmente se há razão para se pensar que a família não dirá a verdade. (FOUCAULT, 2008, p. 175)

As famílias que não se ajustam às normas sociais, como as que possuem valores diferentes da maioria, as que não usufruem de muitos bens materiais ou as que vivem com outros padrões, também podem ser consideradas desajustadas (COLLARES; MOYSÉS, 1996). E essas famílias são as mais propensas a serem disciplinadas. Foi um tópico bastante frequente na fala dos entrevistados a mudança das famílias nos últimos anos, mudança não só estrutural, mas também comportamental.

Ao mesmo tempo, a família não tem autonomia para decidir sozinha o futuro de uma criança. Existem várias regras a se seguir, como ir à escola, ao médico, ao dentista, dentre outras. A escola desempenha, em muitos casos, um papel de vigia, mesmo sem perceber. Ela vigia a família, para que haja garantias de que a criança esteja seguindo essas

regras. A fala abaixo exemplifica essa vigilância, de forma que o comportamento anormal da criança possa ser explicado devido à maneira como a criança vive em sua casa.

Eu fico pensando, às vezes a gente chama a atenção da criança, fala para os pais “olha, ele está tão desatento na escola”; e daí você começa a conversar [...] [a criança] foi dormir tarde, assiste todas as novelas, assiste novela enquanto faz tarefa, os pais estão gritando, tem irmão pequeno, uma confusão. Ele vive numa balbúrdia geral. Como é que ele vai se manter atento? Uma sala que tem 26 [alunos] falando e com gostos diferentes, com cabeças diferentes. Então não sei, às vezes eu fico meio desconfiada desses diagnósticos, sabe? (professor 5)

Assim, pode-se falar de uma sociedade disciplinar, onde os mecanismos disciplinares não se limitam apenas às instituições criadas para esse fim, mas se ampliam para toda a sociedade (FOUCAULT, 2008). A fala abaixo representa mais uma situação em que essa vigilância está em evidência. Se a mãe não seguir as normativas consideradas corretas para a criança, ela pode ser penalizada por suas atitudes.

[...] eu falei com a secretária da educação “eu vou tirar o Douglas da escola”, “você não vai tirar ele da escola, porque eu vou mandar o Conselho Tutelar”, e eu disse “eles que venham”, e ela disse “eu vou mandar o juiz”. (mãe 4)

Em todo sistema disciplinar existe um sistema penal, com suas leis próprias, seus delitos identificados, suas formas de sanção e seus julgamentos (FOUCAULT, 2008). A escola não é diferente: os exames e as provas, além dos castigos como ficar sem recreio, terminar os exercícios na diretoria, levar mais deveres para casa, todos são exemplos de julgamentos e penas para os que fogem das regras impostas.

[...] a escola tem os métodos dela [de disciplina] [...] então “ah, não terminou, não fez nada da atividade vem aqui na sala da coordenação, vai terminar aqui” ou vai ficar sem recreio, ou vai ficar sem educação física [...], ou vai terminar tudo em casa como tarefa dobrada, e daí para fora. (professor 5)

Foucault (2008) sugere alguns instrumentos que possibilitam o sucesso do poder disciplinar: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação no exame. A vigilância hierárquica cria uma relação de fiscalização definida e regulada, através do professor, diretor, orientador pedagógico. Cada um exerce o seu papel para garantir a disciplina: o professor ensina e cobra seus ensinamentos e controla as presenças; o orientador

pedagógico cuida do processo pedagógico da escola e aconselha professores e alunos; por fim, o diretor é responsável pela insituição maior “escola”, o que inclui a parte material, funcionários da escola e também alunos. Esse conjunto trabalha para que não se perca a criança de vista, garantindo sua normalidade.

A sanção normalizadora tem como objetivo, como o próprio nome diz, a normalização. O castigo, do ponto de vista da disciplina, tem a função principal de reduzir os desvios, maximizar a eficácia; ele deve ser essencialmente corretivo. As formas mais comuns de castigo na sociedade disciplinar são os exercícios (FOUCAULT, 2008). O castigo é uma prática comum na escola e como exemplo podemos citar a repetição de frases elaboradas por meio de ações ou atitudes reprovadas pela escola, como “não devo falar palavrão”. Alguns professores se preocupam com algumas formas de punição, talvez esse sistema não resolva o problema, que é externo à criança.

Então tem professores que acabam até punindo demais algumas crianças. E eu digo “gente, vamos com calma, não é assim, olha o lado humano, né? Então vamos parar, não adianta só o castigo pelo castigo, nós temos que sentar e conversar”. Deixar essa criança falar, porque, se ela não para, alguma coisa está acontecendo. (professor 2)

As provas ou, como chama Foucault (2008), os exames, são uma forma de controle normalizante, “uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (p. 154). Através deles são separados os melhores alunos e os piores; além disso, os exames compõem uma das estratégias para saber se um aluno está ou não acompanhando a turma.

A escola tem uma normativa: só aprende ou não aprende. (professor 5)

Vários são os comportamentos passíveis de serem penalizados na escola, e são relacionados com o tempo (atrasos, ausências), com a atividade a ser desenvolvida (desatenção, negligência, falta de cuidado), com a maneira de ser de cada um (desobediência, grosseria, falta de educação), com os discursos (falar demais, insolência), com o corpo (gestos indevidos, sujeira, atitudes consideradas incorretas) e com a sexualidade (indecência) (FOUCAULT, 2008).

A homogeneização das salas de aula, seja por meio de exames, observação, ou outras formas, persiste nas escolas brasileiras e é uma prática defendida com os argumentos de facilitar o trabalho do professor e de melhorar o rendimento das crianças (COLLARES; MOYSÉS, 1996), ou seja, facilitar a docilização e a utilidade delas.

Num regime disciplinar, a individualização é feita por meio dos desvios, ou seja, “[n]um sistema de disciplina, a criança é mais individualizada que o adulto, o doente o é antes do homem são, o louco e o delinquente mais que o normal e o não-delinquente” (FOUCAULT, 2008, p.161). Os mecanismos individualizantes se voltam para esses desvios. Na escola, separa-se os bons dos maus alunos e, dentre os maus alunos, separam-se os preguiçosos e os doentes.

[...] [o aluno que] cumpre com todas as tarefas, como eu falei antes, a gente tem que separar do preguiçoso, separar do malandro, separar do [...] sem limites, do mal criado. [...] [Temos que] saber quem tem o diagnóstico [do TDAH], e os outros todos que corram atrás do prejuízo. Esses que eu acabei de falar temos aqui na escola também, né? Esses vão correr atrás do prejuízo, porque eles são normalíssimos, melhor do que eu, com mais saúde do que eu, mas as outras crianças não, aí eu brigo por elas. (professor 3)

A escola tem por objetivo mais conhecido que as crianças aprendam, a fim de que se tornem indivíduos aptos para se inserir na sociedade. Para aprender, elas precisam estar bem e ter uma motivação que, nesse caso, o professor poderia proporcionar. Para isso, é necessário que não estejam doentes e que a família também seja saudável. O que preocupa é o mascaramento de problemas sociais mais profundos por meio de um diagnóstico ou da culpabilização de uma família pela não-aprendizagem ou pelo mau comportamento da criança.

6 O tratamento, o medicamento e o controle social

A partir do momento em que alguém entra para o rol dos doentes, deve haver um tratamento disponível para tratar essa condição. Em geral, acredita-se que a criança com TDAH deva receber um medicamento para corrigir seus comportamentos para continuar vivendo em sociedade. Conrad e Schneider (1992) chamam esse controle de desvio, e a promoção da conformidade social, de *controle social*. Aquele que foge das normas deve ser controlado, para que a sociedade, ou a família, ou a escola, volte ao seu “estado normal”. Esses autores sustentam que existe um nível formal e um nível informal de controle social. O controle informal abrange tanto o autocontrole (internalização de normas, crenças, morais e a chamada “consciência”) quanto o controle relacional (relações do dia-a-dia), e inibe o comportamento individual considerado desviante. Por exemplo, alguém pode sair de casa com vontade de brigar com a primeira pessoa que encontrar pelo caminho; porém, não irá fazê-lo,

tanto pelas suas crenças, morais e consciência, quanto pelo que os outros vão pensar e dizer sobre esse ato.

O controle social formal engloba as formas institucionalizadas de controle, como o sistema jurídico, policial, educacional, de assistência social e até o sistema de saúde. São as formas “oficiais” de controle, aquelas em que ninguém está apto a questionar se não for especialista na área. Por ser tão aceita e, no caso específico do sistema de saúde, por possuir um respaldo da ciência, suas consequências são geralmente muito mais profundas e duradouras, tanto para o indivíduo classificado quando para a sociedade e o meio em que ele vive (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Assim, por controle social médico entende-se as maneiras pelas quais a medicina assegura a aderência às normas sociais, especificamente utilizando recursos médicos para minimizar, eliminar ou normalizar o comportamento desviante. Esse controle inclui também o aconselhamento médico, recomendações e informações que são parte do conhecimento do profissional (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Tanto as mães quanto os professores entrevistados relataram haver recebido do médico instruções sobre como lidar com a criança, como se comportar diante de determinadas situações provocadas por ela e como controlá-la de forma eficiente.

Conrad e Schneider (1992) consideram que a medicina é o agente repositivo central em nossa sociedade. O conceito de desvio e sua forma de correção mudaram ao longo do tempo. Enquanto que as sociedades se desenvolveram de simples para complexas, as sanções para os desvios mudaram de repressivas para repositivas ou, dito de outro modo, da punição para o tratamento e reabilitação (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Isso significa dizer que muitos dos comportamentos que eram considerados desviantes, passaram a ser vistos como resultados de uma doença neurológica.

Em relação ao tratamento específico do TDAH, este engloba intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Dentre as psicossociais pode-se citar as intervenções educacionais, informando a família sobre o transtorno e como lidar com ele; e as intervenções no âmbito escolar, que têm como foco a melhora no desempenho escolar. Em relação às intervenções medicamentosas, os estimulantes são considerados tratamento de primeira escolha. No Brasil, o único representante dessa classe encontrado no mercado é o metilfenidato, cujos nomes comerciais são Ritalina[®] e Concerta[®] (ZAVASCHI; ROHDE; LORENZON *et al.*, 2004).

As atividades de pesquisa nas áreas de neurobiologia e psicofarmacologia são grandiosas, tanto em termos científicos quanto econômicos e, dessa forma, se gasta muito

nessas pesquisas, no desenvolvimento de tecnologias, nos testes e na divulgação e *marketing*. Esse amplo investimento faz com que as informações sejam difundidas e incorporadas, inclusive pelo senso-comum, tornando-se verdades comprovadas cientificamente e, portanto, aceitas sem discussão (LEGNANI; ALMEIDA, 2004). A imagem e a prática da medicina moderna e científica podem se revelar como instrumentos eficazes para manter a ordem social e como operativas estratégias disciplinares (LECOURT, 2006).

É muito difundida e faz até parte do senso-comum a ideia de que várias formas de sofrimento, mal-estar e distúrbios psíquicos podem ser causados, tratados e curados biologicamente (LEGNANI; ALMEIDA, 2004), geralmente por meio de um medicamento. A lógica do consumo cada vez mais se interioriza no sujeito e, assim, acredita-se que, através de medicamentos, seja possível controlar seu padrão de atenção, seus impulsos, suas ansiedades, seus medos (FIORE, 2005).

A grande divulgação, frequentemente desenvolvida pela indústria farmacêutica, faz com que as pessoas aprendam a reconhecer em si mesmas os sintomas de determinados transtornos mentais, e pode produzir uma medicalização excessiva de situações que não consistem propriamente “doenças”, mas situações cotidianas da vida (AGUIAR, 2004). A fala abaixo ilustra os diagnósticos se faz em casa, através de leituras próprias.

Eu acho [...] que ele tem o DDA [distúrbio de déficit de atenção], mas desconfio que ele [...] parece aquela criança que tem autismo, que eu já li sobre isso [...]. Só que a criança com autismo não te olha no olho [...], mas o Douglas tem algumas características de autismo, porque a brincadeira dele é sempre a mesma. (mãe 4)

Com a grande popularidade dos diagnósticos psiquiátricos, especialmente do TDAH, as crianças (principalmente os meninos) que apresentam problemas de aprendizagem ou de comportamento em casa ou na escola são suspeitos de terem TDAH por uma larga variedade de profissionais, pais, parentes e outras pessoas influentes na vida dessa criança. A natureza altamente subjetiva da definição de TDAH possibilita uma série de interpretações, fazendo com que esse diagnóstico seja colocado como um depósito de uma variedade de problemas (TIMIMI, 2002), geralmente não solucionados no âmbito escolar.

Para tratar indivíduos que tenham algum distúrbio psiquiátrico, atualmente, não se utiliza mais o internamento e o encerramento, mas sim a medicalização e a dominação das paixões, dos delírios e dos maus hábitos pelo uso de psicofármacos. Ao invés de docilizar os corpos pelo encerramento físico, manicomial, dociliza-se pelo encerramento psíquico, pelo uso de psicofármacos que modelam condutas, hábitos e pensamentos (CAPONI, 2009). O

professor 4 descreve uma criança que tomava Ritalina[®]; com o medicamento a criança ficava totalmente diferente.

[...] essa menina [que tomava Ritalina[®]] [...] ficava estática, muda, [...] você podia conversar com ela, ela te respondia só em monossílabos: sim, não, sim, não. E daí a mãe [...] resolveu tirar a Ritalina[®] e a menina, demorou um mês, se alfabetizou. (professor 4)

Para Peter Breggin (2002), todos os estimulantes, incluindo o metilfenidato, agem como se inserissem um “guia” no cérebro da criança, suprimindo a habilidade cerebral de gerar vida e comportamento mentais espontâneos. Esses medicamentos interrompem as conexões nas regiões mais desenvolvidas do cérebro, incluindo os lobos frontais, que são as sedes dos comportamentos mais finos. Quando essas áreas são danificadas, tanto em animais quanto em humanos, as funções mais complexas ou sutis são destruídas. Para ele, utilizar esses medicamentos equivaleria a sofrer um tipo de lobotomia química.

No início, todas as mães apresentam resistência em relação ao medicamento. Algumas acabam acatando o tratamento, outras não. As mães que não concordam com o tratamento proposto e o rejeitam o fazem principalmente em razão do medicamento ser “tarja preta”. A fala abaixo é de uma mãe que ignorou a recomendação médica e não comprou a Ritalina[®] para seu filho, pois leu sobre o medicamento na internet e não o achou adequado para uma criança.

[A Ritalina[®]] tem uma substância da cocaína, é uma coisa que vicia [...]. A médica disse pra mim que não, ela disse “ele só tem tarja preta porque é um medicamento controlado”, mas não é isso que diz na composição da Ritalina[®]. Ela tem uma substância da cocaína, então ele está na fase da pré-adolescência, eu não [...] quero incentivar o meu filho a se medicar com um negócio desse, um calmante. (mãe 4)

As mães que acatam a opinião e o tratamento médico o fazem por acreditarem e terem confiança no profissional que prescreveu o medicamento. Além disso, existe também uma grande preocupação com a escola. Se a criança não melhorar, não tomar o medicamento, não se comportar, novamente haverá reclamações por parte do professor, conforme ilustra a mãe 3.

[...] não quero dar [a Ritalina[®]], não tenho vontade [...], mas eu sei que se eu não der o remédio, já vai ter reclamação na escola de novo. Ele vai aprontar alguma coisa, eu tenho medo [...]. Eu tenho vontade de não dar o remédio, porque quando eu pego o comprimido e um copo de água “não mãe, hoje

não mãe, por favor mãe, não, não quero mãe, ele é ruim”. (mãe 3)

Além disso, para as mães e também para a sociedade, a criança com TDAH precisa ser igual às outras, precisa se adequar às normas da sociedade, para que possa concorrer nas mesmas condições quando tiver alguma oportunidade. A fala abaixo representa a aflição de uma mãe em relação ao futuro do filho, dando a entender que alguma coisa precisa ser feita, para que ele possa ter uma vida “normal”.

Meu Deus, temos que fazer alguma coisa, não dá mais assim, gente do céu, que que vai ser desse menino [se ele continuar assim]? (mãe 3)

Algumas mães e professores relataram que as crianças apresentam melhora não por causa do medicamento, mas sim pelas mudanças comportamentais, tanto na escola quanto em casa, ao lidar com ela. Para eles, essas mudanças foram responsáveis pelo aprendizado da criança, e até poderiam ter ocorrido, em alguns casos, mesmo sem o medicamento.

O medicamento, por sua vez, continua sendo o tratamento mais recomendado pelos especialistas em casos de TDAH infantil. As descobertas farmacêuticas psicotecnológicas³, principalmente os medicamentos, promovidas por uma indústria altamente rentável e poderosa, frequentemente se tornam o tratamento de escolha para comportamentos desviantes. Isso porque eles são facilmente administrados sobre o controle profissional médico e potente em seus efeitos, além de serem geralmente menos caros do que outros tratamentos e controles médicos (como, por exemplo, psicoterapia e atendimento individualizado na escola) (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

De acordo com Conrad e Schneider (1992), o controle social médico pode se apresentar de três formas gerais: tecnologia médica, colaboração médica e ideologia médica. A tecnologia médica engloba as psicotecnologias, já apresentadas no parágrafo anterior; a colaboração médica se refere aos colaboradores que podem atuar junto ao médico no controle social, que incluem os provedores de informações sobre o doente, professores, pais, dentre outros; a ideologia médica é um tipo de controle social que define um comportamento ou condição como uma doença primariamente em razão dos benefícios sociais e ideológicos acumulados pela sua definição em termos médicos (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Todos esses tipos de controle servem a um motivo: manter a ordem social. Um dos professores entrevistados comparou o tratamento de crianças com alguma dificuldade de aprendizagem,

³ Entende-se aqui por psicotecnologias as várias formas de tecnologias médicas e comportamentais que envolvem o tratamento de problemas considerados psicológicos.

incluindo o TDAH, a um enquadramento da criança à escola, para mantê-la organizada.

[...] nós temos uns 5 casos de crianças com alguma dificuldade e que fazem acompanhamento semanal ou quinzenal com psicopedagoga. Ela vem até a escola, traz todo o relatório para a escola. Temos casos recuperados de crianças que começaram a desenvolver bem mais, fazer as atividades, entrar no ritmo da escola, talvez, digamos assim, enquadrá-las. É um enquadramento, querendo ou não é um enquadramento. (professor 5)

Deve-se atentar, por sua vez, para o fato de que esse enquadramento possa estar prejudicando as crianças, através de um medicamento que, na verdade, ainda não se sabe ao certo como age no cérebro. Blech (2005) atenta para o fato de que os medicamentos modificam as condições em que se desenvolve o cérebro infantil. De acordo com ele, é indiscutível que o metilfenidato deixa sequelas permanentes no “órgão pensante”.

A redução do comportamento espontâneo, assim como a submissão forçada, causadas pelos estimulantes, fazem com que a criança seja menos comunicativa, menos propensa a sair do seu lugar na escola e menos propensa à socialização com seus colegas (BREGGIN, 2002). Dessa forma, ela passa a ser mais bem aceita na sala de aula, no consultório médico e em casa, ou seja, na sociedade em geral. Breggin (2002) defende que os estimulantes também tornam a criança mais compulsiva, fazendo com que ela foque sua atenção em tarefas que antes considerava entediadas, como copiar os conteúdos do quadro e escrever a mesma coisa dez vezes. Além disso, não existem evidências que os estimulantes realmente aumentem o desempenho acadêmico. Para alguns dos professores entrevistados, a Ritalina® contribui para retirar a infância da criança, criando pequenos adultos, conforme demonstra a fala abaixo.

Ela [uma menina que toma Ritalina®] não interage com as outras crianças. Eles brincam, os outros correm, pulam, brincam, se jogam no chão [...] e ela fica assim mais conversando, ela está mais [...] sentada [...]. E eu não concordo com isso, [...] você está tirando [...] a infância ali [...], é muito triste isso. (professor 2)

O tipo de atenção produzida pelos estimulantes não envolve a realização de escolhas racionais. É uma atenção obsessiva-compulsiva forçada para atividades de memorização. Escolhas pessoais desempenham um papel pequeno nesse processo (BREGGIN, 2002). Medicamentos estimulantes realmente tendem a tornar a criança mais submissa, ou seja, mais obediente. Porém, “[e]les [os estimulantes] fazem isso às custas da sua imaginação, sua criatividade, sua capacidade de gerar atividade e seu entusiasmo geral

pela vida” (BREGGIN, 2002, p. 23). Por fim, esses benefícios aparentes dos estimulantes, para alguns estudiosos são, na verdade, resultado dos efeitos nocivos desses fármacos no cérebro e mente das crianças. Mas, apesar de tudo, a Ritalina[®] ainda é vista, entre os professores, como uma “bala mágica”, que resolve os problemas, como demonstra a fala do professor abaixo.

[...] só que aqui a gente ouve muito falarem “ah, não tá dando conta, tem que levar pra tomar Ritalina[®]”, a gente ouve bastante, tem sido uma prática. (professor 5)

A intervenção médica, como método de controle social, procura limitar, modificar, regular, isolar ou eliminar o comportamento desviante através de recursos médicos e em nome da saúde (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Os sintomas do TDAH são características consideradas desviantes e que, por essa razão, procura-se combatê-las, em nome da ordem social e da saúde.

7 Considerações finais

Muitas das falas encontradas nesse artigo perpetuam a ideia existente de família perfeita, permanece a culpabilização de alguém pelos comportamentos anormais da criança. Mas o que se observa também é um questionamento acerca da estrutura escolar e até da estrutura social em que se vive, que busca uma criança “modelo”, que se encaixa nas normas que se espera dela.

O encaminhamento ao profissional de saúde, por parte da escola, gera uma resposta relativamente rápida, fazendo com que pais e professores se sintam aliviados nesse processo. Através do diagnóstico do TDAH, o comportamento dos pais e dos professores em relação às crianças muda radicalmente, e essa mudança pode ser considerada o resultado de um discurso médico que se transformou em uma estratégia disciplinar.

As crianças com esse diagnóstico parecem desafiar a continuidade da transmissão da ordem, que é a chave da reprodução social. Neste sentido, os principais sintomas do TDAH (impulsividade, desatenção e hiperatividade), antes de serem uma anormalidade patológica, constituem uma variação da normalidade, que é considerada como um desvio da “ordem natural”, com as quais os maiores educam os menores e fazem deles seres humanos normais (URIBE; ROJAS, 2007).

Para Timimi (2002), uma das razões por trás do interesse crescente no TDAH pode

ser encontrada olhando para a natureza das mudanças culturais, sociais e políticas que têm ocorrido em muitos países ocidentais nas últimas décadas. Essas mudanças incluem o aumento do número de famílias (que são menores e vivem em locais menores), o medo da violência e das dificuldades socioeconômicas, a pressa do dia-a-dia, a tecnologia, dentre outras. Tudo isso pode resultar em uma mudança no significado que se dá a certos comportamentos, de que maneira certos comportamentos ocorrem e como os problemas são resolvidos.

A medicalização e o tratamento dos comportamentos desviantes são considerados um avanço da medicina, sinal do progresso da sociedade. Talvez, em alguns aspectos, a medicalização do vício em opiáceos, alcoolismo, obesidade, hiperatividade, loucura, e outros comportamentos, seja mesmo um progresso. As mudanças definidas como progresso, por sua vez, devem ser vista como progresso para certos indivíduos em particular; não necessariamente beneficiarão a todos igualmente (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

O aumento da aceitação do olhar médico, considerado científico, e o aumento do *status* e poder da profissão médica contribuíram de forma significativa para a adoção e aceitação pública de abordagens médicas para lidar com os comportamentos desviantes (CONRAD; SCHNEIDER, 1992)

O diagnóstico médico, em especial do TDAH, parece ser uma maneira rápida e relativamente fácil de resolver um problema, que é o incômodo representado pela presença dessa criança na escola. Os questionamentos sobre por que existem cada vez mais crianças anormais e por que nossa sociedade não consegue lidar com elas, ainda ficam sem uma resposta definitiva.

8 Referências

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 166 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BLECH, J. **Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes.** Barcelona: Destino, 2005. v.65. 256 p.

BREGGIN, P. R. **The Ritalin fact book: what your doctor won't tell you about ADHD and stimulant drugs.** Cambridge: Perseus Publishing, 2002. 234 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. 269 p.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade:** uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 100 p.

_____. Michel Foucault e a persistência do Poder Psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 94-103. 2009.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar:** ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996. 264 p.

CONRAD, P. **The medicalization of society:** on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization:** from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 327 p.

FIGLIO, M. A. Medicalização do corpo na infância: considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, p. 365-380. 2005.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** história da violência nas prisões. 35. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 288 p.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161. 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1975. 196 p.

LECOURT, D. Normas. In: RUSSO, M.;CAPONI, S. (Org.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas.** São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.292-303.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais. **Estilos da Clínica**, v. IX, n. 16, p. 102-121. 2004.

LEWONTIN, R. C.; ROSE, S.; KAMIN, L. J. **No está en los genes:** racismo, genética e ideología. Barcelona: Romanyà/Valls, 2003.

TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 465-484. 2007.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood.** New York: Brunner-Routledge, 2002. 190 p.

URIBE, C. A.; ROJAS, R. V. Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. XXXVI, n. 2, p. 255-291. 2007.

ZAVASCHI, M. L. S.; ROHDE, L. A.; LORENZON, S. F.; NETTO, M. S. Transtornos do comportamento na infância. In: DUNCAN, B. B.;SCHMIDT, M. I.;GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Condutas de atenção primária baseadas em evidências:** Artmed, 2004. p.943-954.

8.2 Artigo 2 - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados

Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados

Fabíola Stolf Brzozowski¹

Sandra Caponi¹

Correspondência:

Sandra Caponi

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário – Trindade

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88010-970

E-mail: sandracaponi@newsite.com.br

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Resumo

O objetivo principal deste artigo foi analisar a visão de pais e professores sobre o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e seu efeito sobre as crianças com esse problema. Para tal objetivo, foram entrevistados mães e professores de crianças diagnosticadas com TDAH, através de um roteiro de pesquisa semi-estruturado. Esse artigo analisará um eixo temático que surgiu a partir da pesquisa, chamado de *classificação e classificados*. A estrutura de uma classificação, para Ian Hacking, engloba cinco aspectos principais: a classificação em si, os indivíduos classificados, as instituições, o conhecimento e os especialistas. Esse autor afirma que toda classificação de pessoas gera uma resposta, ou seja, classificação e indivíduo interagem, formando um ciclo, que ele chamou de efeito de arco. O TDAH é um diagnóstico médico e, portanto, uma classificação. Os indivíduos classificados são as crianças com diagnóstico de TDAH. Mesmo que a criança seja pequena e não entenda o significado da classificação que lhe foi dada, pretende-se mostrar que é possível que ocorra o efeito de arco mesmo neste caso. A criança, por meio das modificações sofridas no meio social no qual ela vive, se modifica, percebe que não é igual às outras. As instituições são responsáveis pela legitimação do diagnóstico e, no caso do TDAH, não são somente os locais onde se encontram os profissionais da saúde, mas também a escola. Além disso, por trás de uma classificação existe um corpo de conhecimento sobre ela e suas características e parte desse conhecimento, geralmente o “oficial”, é dominado pelos especialistas da área, que os repassam aos demais.

Palavras-chave: Classificação de Pessoas; TDAH; Efeito de Arco.

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Classification and Classified

Abstract

The main object of this article is to analyze the views of parents and teachers on the Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its effect on diagnosed children. Mothers and teachers of ADHD-diagnosed children were interviewed following a semi-structured interview outline. This article examines a thematic axis that arose from the interviews, namely *classification and classified*. The structure of a classification, according to Ian Hacking, involves five main aspects: the classification itself, the classified individuals, the institutions, the knowledge, and the specialists. This author claims that every classification of people gives rise to a response, that is, the classification and the individual being classified interact, forming a cycle that Hacking called the looping effect. ADHD is a medical diagnosis, and thus, a classification. ADHD-diagnosed children correspond to the individuals being classified. We intend to show that even small children, who do not understand the meaning of the classification given to them, can possibly be subjects to the looping effect. The child, through modifications in her social surroundings, modifies herself, realizing that she is different. The institutions are responsible for the legitimating of diagnosis and in the case of ADHD, they correspond not only to health facilities, but also to schools. Besides that, behind each classification there is also a body of knowledge about it, and part of this knowledge is dominated by specialists.

Keywords: Classification of People, ADHD, Looping Effect.

1 Introdução

O filósofo da ciência Ian Hacking (HACKING, 2006) diz que nosso mundo é um mundo de classificações e que essas classificações, ou nomes, têm efeitos particulares quando se referem a comportamentos de pessoas. Escreve também que, por trás de cada classificação, existe uma estrutura que engloba cinco aspectos primários: a classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas.

A *classificação* em si gera os tipos de pessoas, e é formada por *indivíduos* que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. As *instituições* confirmam a existência dessa classificação e são um meio de legitimar aquele tipo de pessoas. E é através do *conhecimento* que se pode decidir quem é doente e quem não é. São os *especialistas*, por sua vez, que detêm o conhecimento e, portanto, são eles que primeiramente classificam (HACKING, 2007).

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, doravante chamado de TDAH, é considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância e se caracteriza por três categorias principais de sintomas, que são desatenção, impulsividade e hiperatividade (VASCONCELOS; JUNIOR; MALHEIROS *et al.*, 2003). No Brasil, a taxa de prevalência média, encontrada nos estudos desse tipo, foi de 3,6 a 5% da população escolar (ANDRADE; SCHEUER, 2004), porém alguns estudos indicam uma taxa de até 12% dessa população (VASCONCELOS; JUNIOR; MALHEIROS *et al.*, 2003). O diagnóstico do TDAH se baseia em critérios estabelecidos em *guidelines* oficiais, e é essencialmente clínico e subjetivo.

Este artigo tem como objetivo analisar a visão de pais e professores sobre o diagnóstico do TDAH e seu efeito sobre as crianças com esse problema. Para tanto, está dividido em 4 seções principais. A seção 3 trata da classificação, ou seja, sobre o diagnóstico, como pais e professores o veem e porque ele existe. A seção seguinte é sobre os indivíduos, quer dizer, sobre as crianças classificadas com o diagnóstico do TDAH, e como se dá sua relação com a escola e com a família, pela visão das mães e professores. Na seção 5 é abordado o tema da instituição, no caso, a escola, e como ela lida com os diagnósticos. Por fim, a seção 6 discute o conhecimento e os especialistas, e nela é analisada a questão de como o profissional de saúde tem um papel fundamental na classificação e no efeito de arco.

2 Metodologia

O universo de estudo da pesquisa foram as mães e os professores de crianças com diagnóstico de TDAH. A intenção era descobrir o que eles pensam sobre a trajetória terapêutica dessas crianças, desde o descobrimento do problema, passando pelo diagnóstico, até chegar ao tratamento. Foram entrevistadas quatro mães e cinco profissionais da área de educação, pedagogos, que tinham ligação com as crianças em questão.

O local escolhido para a seleção dos participantes da pesquisa foi um município da região do Vale do Itajaí de Santa Catarina, com uma população aproximada de 35.000 habitantes. O município foi escolhido por se tratar de uma cidade de pequeno porte, onde o contato com pedagogos, pediatras e pais é mais simples que em grandes municípios. Esse município conta com 14 escolas de ensino fundamental, sendo seis municipais, sete estaduais e uma particular.

As mães entrevistadas possuem de 28 a 45 anos e a maioria é do lar e não cursou todo o ensino fundamental. Seus filhos têm entre 7 e 14 anos; dois deles possuem o diagnóstico há três anos. Já a idade dos professores variou entre 37 e 49 anos e todos possuem mais de 19 anos de experiência lidando com crianças. Essas mães e professores foram identificados por meio da Secretaria Municipal da Educação. A Secretária Municipal da Educação foi contatada, foram explicados a ela os objetivos da pesquisa, sua metodologia, ou seja, o projeto como um todo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade semi-estruturadas, ou seja, partindo de um roteiro-base. O instrumento de coleta utilizado foi o gravador, que possibilitou o registro literal e integral da entrevista, oferecendo maior segurança à fonte. As informações obtidas foram classificadas, de forma a estabelecer e organizar grupos de temas comuns, os eixos temáticos, que foram analisados separadamente. O eixo temático principal de análise desse artigo foi chamado de *classificação e classificados*, que foi subdividido em sub-eixos para uma análise mais aprofundada de cada um: (a) *a classificação*; (b) *os indivíduos*, que, por ter sido um tema bastante citado, desse sub-eixo derivou mais um, chamado *os informados*; (c) *as instituições*; (d) *o conhecimento e os especialistas*. O referencial teórico de análise desse eixo foi o autor Ian Hacking.

O projeto inicial da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 180/08.

3 A classificação

O TDAH já foi conhecido por vários nomes durante o século XX, dentre eles “encefalite letárgica”, “dano cerebral mínimo”, “disfunção cerebral mínima”, “hipercinesia”, “doença do déficit de atenção” (DDA) e “transtorno de déficit de atenção com hiperatividade” (TIMIMI, 2002). Essas categorias de doença apresentam conjuntos de sintomas similares, que descrevem algumas características consideradas desvios da infância. Alguns dos sintomas mais comuns a todos esses nomes são: baixo desempenho na escola, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de completar tarefas, ladroagem, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento (RAFALOVICH, 2001a).

O nome Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) surgiu pela primeira vez em 1980, no DSM-III⁴, que dividia a doença em dois tipos: TDA com hiperatividade e TDA sem hiperatividade. Na quarta edição do DSM (DSM-IV), o nome passou a ser Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) (PHELAN, 2005). Os critérios diagnósticos utilizados atualmente são os que constam na revisão da quarta edição do DSM (DSM-IV-TR, 2002) e estão resumidos no quadro abaixo.

CrITÉrios DiagnÓsticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
A. Ou (1) ou (2)
(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
Desatenção:
(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

⁴ Sigla em inglês para o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, terceira edição.

<p>(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>Hiperatividade:</p> <p>(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;</p> <p>(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</p> <p>(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</p> <p>(f) frequentemente fala em demasia.</p> <p>Impulsividade:</p> <p>(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</p> <p>(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;</p> <p>(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p>
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Quadro 1. Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para o TDAH.

A partir do DSM-III, os quadros psicopatológicos passaram a ser apresentados como transtornos mentais que podem ser diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas, que devem estar presentes por um determinado tempo (GUARIDO, 2007). Para o diagnóstico do TDAH, o principal sintoma da doença é a falta de atenção. Para alguns professores e algumas mães, todos têm falta de atenção, é uma característica inata do ser humano, não prestar atenção ao que não está agradando, podendo não ser sinal de nenhuma doença.

Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, como eu te disse antes, eu acho que déficit de atenção eu tenho, tu tens, todo mundo tem, dá até para conjugar o verbo aqui. Eu acho que todo mundo é um pouco desatento, sabe. Eu não sei, às vezes eu acho que isso aí já estão tão impregnado que parece que todo mundo tem déficit de atenção. (professor 5)

Para muitas mães e professores o diagnóstico é um alívio, pois se passa a entender o porquê das atitudes da criança. Além disso, tanto para as mães entrevistadas quanto para Uribe e Rojas (2007), o diagnóstico modificou algumas coisas na sua vida: a criança deixou de ser vista como malvada ou malandra, para ser considerada doente; foram tomadas novas medidas educativas, tanto em casa quanto na escola, em razão de sua situação médica.

Segundo Hacking (2006), o mesmo aconteceu com o surgimento o diagnóstico de autismo. Antes, as crianças com características autistas eram afastadas da sociedade e julgada estúpidas e fracas de espírito. Elas eram consideradas *más*, mesmo que não tivessem culpa disso. Depois do surgimento desse diagnóstico, elas foram liberadas e outras explicações foram dadas para os seus comportamentos.

Algumas mães relataram não saber o que significava déficit de atenção, só ficaram conhecendo após o diagnóstico, geralmente por meio de leituras recomendadas pelo médico. O medo de que seu filho tenha algum tipo de doença mais séria também esteve presente, medo de que ele fosse “deficiente mental”, o que tornaria sua aprendizagem mais complicada.

Eu não entendi [o que era TDAH], eu não sabia o que que era isso. Sabe o que eu achei que era? Uma criança deficiente, eu achei que era uma criança deficiente. (mãe 3)

A diferença entre TDAH e uma doença também apareceu nas falas dos entrevistados. Nas entrevistas, percebeu-se a presença tanto da dúvida sobre se o quadro é uma doença ou não, quanto a não aceitação do diagnóstico. A justificativa dada foi que o TDAH é contornável, enquanto as doenças são, muitas vezes, incuráveis. Além disso, as qualidades da criança sempre foram ressaltadas, como o fato de ser carinhosa, inteligente, criativa, dentre outras.

Há alguns anos atrás não existia um diagnóstico clínico para as crianças que apresentavam as características do TDAH. Essas crianças sempre existiram, porém elas tinham outros nomes, como exemplifica a frase de uma professora:

Ela [a criança mais agitada] tinha outro rótulo, né? Ela era mal-criada, ela era sem-vergonha. Daí o que aconteciam eram punições, “vai lá na diretora, vai”. (professor 4)

A principal causa do TDAH apontada pelos entrevistados foi a genética. Na visão dos entrevistados, o TDAH está relacionado aos pais, a pelo menos um deles. Outras causas

também comumente relacionadas ao TDAH pelas mães e professores são o trauma, quando a criança sofre violência em casa, por exemplo, e dificuldades durante a gestação (URIBE; ROJAS, 2007). Alguns professores afirmam conseguir identificar qual dos pais também possui TDAH através de seu encontro com eles.

Engraçado que sempre tem alguém [com o problema na família], o pai ou a mãe. Daí eles chamam a mãe [...], depois vem o pai, aí você percebe certinho quem é, né? Qual dos dois, porque é genético, né? Isso já é comprovado, a grande maioria é genética, até inclusive em crianças adotadas, o pai e a mãe são uma calmação, e a criança vem [agitada], é genético. (professor 3)

A etiologia é definida como o ramo da medicina que se preocupa com as causas ou origens de uma doença. Para o clínico é importante conhecer a causa de determinada patologia, pois o tratamento mais eficaz de uma enfermidade em geral baseia-se no conhecimento de suas causas. Além disso, o conhecimento das causas ajuda na prevenção das doenças (HACKING, 2000). A busca pela causa do TDAH continua, ainda não foi encontrada uma definitiva, mas se cogitam causas genéticas, nutricionais, desequilíbrio de neurotransmissores, dentre outras.

Pelo fato de que as crianças dependem dos adultos para grande parte de suas atividades e necessidades, elas são candidatas à ramificação social, do diagnóstico do TDAH. Através dos olhares de seus professores, médicos e pais, o mundo da criança com TDAH requer regulação para administrar sua doença (RAFALOVICH, 2001b). Eles devem cuidar para que ela receba o tratamento adequado à sua classificação e possa se normalizar.

O diagnóstico do TDAH é uma classificação, uma vez que ela nomeia um indivíduo, uma criança, atribuindo-lhe um certo número de características que até então não se tinha percebido que ela apresentava. Esse diagnóstico é feito por meio de um conjunto de sintomas que são lidos, traduzidos e interpretados pelo profissional médico. Dar um nome a uma criança, classificá-la, gera uma mudança em sua vida, como será visto na próxima seção.

4 Os indivíduos

Hacking (2006) afirma que os indivíduos classificados interagem com sua classificação e esta pode se modificar em razão dessa interação. Isso configura o que Hacking chama de efeito de arco. O efeito de arco é, na verdade, um ciclo entre os indivíduos que são considerados membros da classe e a própria classe. A partir do momento em que o indivíduo

tem consciência de sua classificação ele se modifica, exacerba ou ameniza as características associadas às pessoas dessa classe (efeito *feedback* positivo ou negativo, respectivamente), o que pode modificar também as características da própria classe.

Seria de se pensar que o efeito de arco só ocorresse em pessoas que possuem consciência de sua classificação. Então, esse efeito não seria possível em crianças com TDAH, pelo menos as menores. Para Hacking (2006), entretanto, podem ocorrer efeitos de arco que englobam unidades sociais mais amplas, como a família e também os professores, no caso específico do TDAH. Ao saber do diagnóstico, a família, principalmente a mãe, assim como os professores, modificam suas atitudes para com a criança, fazendo com que ela também modifique seus comportamentos e a percepção de si mesma, e assim por diante.

Sugere-se que, de maneira geral, o indivíduo com TDAH apresenta um efeito de arco com *feedback* positivo, pois a criança, ou a família, aceita e reforça as características pelas quais foi feito o diagnóstico, que devem então ser tratadas para que o indivíduo e seu meio voltem à normalidade. A criança, muitas vezes, passa a justificar suas atitudes em razão de sua situação ou a ver características em si mesma que antes ela não identificava, mesmo sem compreender o problema, como demonstra a fala de um professor entrevistado:

[...] a gente escuta às vezes assim “mas é que eu tenho problemas, eu tenho problemas”, eles dizem. (professor 2)

Segundo os entrevistados, geralmente a criança não sabe o que está acontecendo, não sabe que tem TDAH. Quando a mãe conta, é por alguma razão específica, algum acontecimento. As crianças que tomam Ritalina[®] o fazem sem saber o motivo, ou então este é mascarado, afirmando à criança que ela precisa tomar o medicamento para aprender, ou para ficar mais atento, nunca dizendo que ele tem algum problema específico.

Ele toma remédio, mas eu penso [...] que ele não sabe “eu tenho um transtorno, um déficit, hiperatividade”. (professor 3)

Já as crianças maiores entendem um pouco mais, apesar de não compreenderem muito bem o que significa TDAH. Os esforços são sempre no sentido de amenizar as situações, fazer com que a criança sofra o menos possível, ou então que ela seja alheia à classificação que lhe é imposta. A fala abaixo exemplifica como uma mãe contou para o seu filho que ele tem TDAH, sempre ressaltando os pontos positivos e tentando proteger a criança.

Então eu cheguei em casa e falei pra ele [...] Picasso tinha, o gênio da matemática tinha, Tom Cruise tem, sabe, tem vários gênios que têm o DDA [déficit de atenção], não é só ele. Os dois, o Picasso e o Pablo, [...] eles também tinham DDA e de uma hora pra outra, eles se tornaram gênios. Aí eu falei pra ele “não fica pensando que você é uma pessoa excluída” [...]. (mãe 4)

A família e muitas vezes também a escola pretendem constituir uma cápsula protetora para a criança com TDAH. Dentro desta cápsula, a criança pode ser cuidadosamente protegida pelo controle de informação (GOFFMAN, 2008). Ou seja, as informações são “filtradas” antes de serem repassadas às crianças.

Apesar dessa proteção, a criança ainda sente a resposta gerada pela sua classificação. E maior é o esse sentimento quanto maior for a criança. Já foi dito anteriormente que os professores e a família mudam com a criança após o diagnóstico. Seria estranho pensar que ela não fosse notar tal diferença. Algumas crianças maiores, entretanto, não gostam de ser diferentes e não aceitam serem tratados de maneira diferente.

Claro, não dá pra deixar ele o tempo inteiro não fazendo [as mesmas coisas que as outras crianças fazem], porque ele vai querer também. Eles percebem isso, o [aluno com TDAH] da sétima série não admite, sabe? Ele não admite, ele quer fazer igual a todo mundo [...]. (professor 3)

O indivíduo estigmatizado possui as mesmas concepções de normalidade do indivíduo que é considerado normal (GOFFMAN, 2008). Portanto, os indivíduos que possuem consciência de sua classificação querem ser tratados da mesma maneira que os demais, talvez até por não se considerarem doentes ou por não achar que apresentam as características daquela classe.

Ao mesmo tempo em que têm intenção de protegerem os filhos, cuidarem para que não sofram, as mães relataram que eles precisam de um acompanhamento especial, diferenciado por parte da escola, ponto de vista também encontrado nas entrevistas com os professores. Segundo eles, para aprender, a criança com TDAH precisa ter uma atenção diferenciada, e geralmente essa atenção é recomendada pelo profissional da saúde.

A dificuldade em aprender, derivada da falta de atenção, principal característica do TDAH, faz com que as crianças tirem notas inferiores às dos seus colegas, uma grande preocupação relatada pelas mães. Uma delas descreve a escola como um lugar ruim para seu filho, onde ele é vítima de chacotas e preconceitos.

Porque ele indo na escola, a criança passa a ser chacota, porque [...] chega o dia do boletim, é uma coisa ridícula o que eles fazem: “quem tirou acima 7 [em todas as matérias] vai receber [o boletim], quem não tirou, a mãe vai vir [buscar na escola, diretamente com o professor]. Gente, isso é uma humilhação, não pode acontecer isso na escola, de jeito nenhum, ou todo mundo recebe, ou ninguém recebe. Isso é uma discriminação, não pode acontecer, porque se o meu filho está aqui, o colega do lado dele tirou 10, a professora passa, dá pra ele [o boletim] e não dá pro meu filho. Ele está sendo humilhado, eles não veem esse lado? (mãe 4)

A criança é reconhecida como sendo diferente das demais, segundo Goffman (2008), através dos símbolos de estigma. Esses símbolos consistem nas informações sociais repassadas pelo indivíduo estigmatizado através de sinais ou signos específicos que despertam a atenção dos que estão ao redor. Eles podem ser físicos, como uma cicatriz ou defeito visível no corpo, ou comportamentais, como a hiperatividade no caso do TDAH.

Durante as entrevistas realizadas, foi relatado por praticamente todos os entrevistados que, quando a criança está realizando alguma atividade que lhe agrada, ela deixa de ser desatenta e agitada. Dessa forma, nessa situação, quem não sabe sobre o diagnóstico não imagina que ela tem algum problema, ou melhor, ela não está repassando os signos da sua doença. Isso tem a ver também com a visibilidade do estigma, ou seja, até que ponto o indivíduo comunica ao outro o seu problema (GOFFMAN, 2008). Nos casos relatados, a escola é o principal local onde aparecem os símbolos do estigma, onde eles apresentam maior visibilidade, pois é lá que a falta de atenção aparece e, conseqüentemente, a dificuldade de aprendizagem.

Quando se vai da família para a rede social mais ampla, como a comunidade ou mesmo a escola, pode-se dizer que existem dois tipos de indivíduos, os que conhecem a classificação da criança e os que não conhecem. Os conhecedores da situação, por um lado, reagem à classificação de formas diferentes. Segundo as mães e os professores, existem os que, por saberem do diagnóstico, mudam suas atitudes de forma a ajudar a criança; e existem os que reagem através do preconceito contra aquela criança como descreve a fala de um professor:

Eu vejo assim: que uma criança que tem um problema mais sério, ela é, na verdade, um pouco excluída pelo grupo. (professor 1)

Às vezes os pais dos colegas de escola da criança não gostam da ideia de terem na sala uma criança tão agitada, diferente das demais, com um diagnóstico médico, como exemplifica a fala de outro professor. Para eles, uma criança com algum problema atrapalha a

vida em sala de aula: como o professor dá mais atenção à criança problemática, seu filho acaba sendo o prejudicado.

Tem um pai que me disse assim: “ah, vocês estão incluindo, falando da inclusão, vocês estão incluindo o aluno com deficiência, déficit ou transtorno e excluindo os outros que aprendem”. (professor 3)

Os que não conhecem a classificação de determinada criança, por outro lado, tendem a achar, segundo as mães, que seus filhos são preguiçosos e mal-educados. De modo geral as mães e os professores ainda acham melhor que a criança seja rotulada de doente do que de preguiçoso, pois pelo menos suas atitudes não são devidas a ela mesma, mas sim ao problema que possui, ela não tem culpa ou responsabilidade sobre suas atitudes. Juntamente com a medicalização dos desvios tem ocorrido também uma mudança na responsabilidade atribuída desses desvios: com maldade (ou mesmo com a falta de educação) os desviantes são considerados responsáveis pelos seus comportamentos; com a doença eles não o são, ou pelo menos a responsabilidade é diminuída (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Para Collares e Moysés (1996), tanto médico quanto professor exercem, muitas vezes, muito mais uma ação de rotulação do que a de um diagnóstico, pois eles já prevêm, já conhecem os alunos que terão problemas e já fazem essa previsão antes mesmo de conhecer a fundo o aluno. Em outras palavras, sem conhecer realmente o que causa a desatenção e/ou agitação de uma determinada criança, ela já é rotulada de “hiperativa” ou de TDAH.

Collares e Moysés (1996) afirmam que localizar o problema na criança significa perpetuar a situação, culpabilizando a vítima. Além disso, essa atitude leva à estigmatização das crianças, até então consideradas sadias, que incorporam esse rótulo, direta ou indiretamente⁵, sentem-se doentes e agem como tal, tornando-se doentes. Aí sim, suas chances de aprender ou de mudar são reduzidas, por causa do efeito de arco assim gerado.

4.1 Os informados

Erwin Goffman (2008) descreve um conjunto de indivíduos dos quais a pessoa classificada ou, em suas palavras, estigmatizada, pode esperar algum apoio, que são os informados. Um tipo de informado é aquele indivíduo que se relaciona com o classificado

⁵ Diretamente, quando a criança é capaz de entender o nome que lhe foi dado, mudando suas atitudes de uma forma direta. E indiretamente quando ela é pequena demais para captar o significado de sua classificação; nessa situação a família e a escola, por exemplo, mudam suas atitudes para com ela, o que acaba por modificar também suas atitudes.

através da estrutura social. Segundo Goffman (2008), trata-se de uma relação na qual a sociedade mais ampla acaba considerado ambos como uma só pessoa, caso em que se encontram as mães das crianças diagnosticadas com TDAH.

As mães relatadas revelaram que são as principais responsáveis pelo cuidado com o filho “problemático” e algumas delas afirmaram que deixaram de trabalhar e cuidar de seus afazeres para se dedicarem inteiramente àquele filho.

Eu tive que anular a minha vida para viver a dele, porque eu vivo em função do Lucas, eu vivo em função dele, eu me dedico inteiramente para ele. (mãe 3)

Para alguns autores, o TDAH altera drasticamente a vida familiar. As famílias com crianças com TDAH têm experiências em sua vida cotidiana inimagináveis para famílias que não enfrentam esse tipo de problema: há mais tensão e discussão, o barulho é constante, a hora do jantar pode ser perturbadora e comer fora pode se tornar um desafio (PHELAN, 2005), dentre outras dificuldades, situação que também foi descrita por algumas das mães entrevistadas.

Os informados vivem como se também fossem classificados. No caso do TDAH, muitas vezes as crianças classificadas são pequenas e não entendem diretamente o que está acontecendo. Nesses casos, sugere-se que as mães sofram mais pressão da sociedade pelo seu filho não ser normal do que a própria criança, ou seja, são mais estigmatizadas que os estigmatizados.

Esse vizinho aqui do lado falou na minha cara “leva esse menino pra algum lugar, esse menino não é bem certo”. [...] Eu fiquei tão sentida, eu chorei tanto, eu disse: “meu Deus do Céu, se ele tiver que pagar com a própria língua o que ele falou do meu filho”. (mãe 3)

Para Phelan (2005), a primeira pessoa que sente as consequências do TDAH não é a criança, mas sim a mãe. Pelas entrevistas realizadas, foi possível perceber que muitas delas sofrem com os comportamentos do filho e acabam também ganhando um diagnóstico, o de depressão.

É difícil, eu entrei em depressão grave. Eu já entrei duas vezes, saí, porque assim, você não tem ajuda, você vê que o seu filho está passando por isso, ele não vai sair disso [...]. (mãe 4)

As mães podem ser consideradas as principais sofredoras com o transtorno de seus filhos e a vida em suas casas, muitas vezes, é um caos. Mesmo assim, elas se consideram as principais responsáveis pela educação de seus filhos. São elas que devem cuidar para que eles sejam aceitos por todos como crianças normais e de bem (URIBE; ROJAS, 2007).

O acesso à informação, entretanto, para as mães, torna a aceitação do diagnóstico mais fácil. Ler e entender sobre o problema, segundo elas, faz com que consigam lidar melhor com a situação. Para as que já conheciam o problema, o diagnóstico de TDAH não foi um choque, pois já identificavam ou viam características no filho que indicavam o transtorno.

Não teve, vamos dizer, impacto nenhum [o diagnóstico], porque pelo que a gente escutava na televisão e reparava nele [no filho], a gente já tinha uma ideia do que seria. (mãe 2)

A responsabilidade sobre os cuidados com a criança recai sobre a mãe, já que o pai, muitas vezes, é bastante ausente na vida do filho, seja por trabalhar, para possibilitar que a mãe possa ficar com a criança, seja por não compartilhar da opinião de que o filho possui algum tipo de problema. Além disso, essas famílias não recebem apoio de algum núcleo social mais amplo, como a vizinhança ou então a família ampliada (avós, tios). Esse pode ser um dos motivos pelos quais a mãe acaba se tornando a pessoa que mais sofre com os problemas do filho.

Para os professores, o diagnóstico representa para a família uma preocupação, já que eles não sabem como lidar com o problema. Geralmente, eles aceitam sugestões da escola e do médico sobre como lidar com o filho em casa. Ao mesmo tempo, segundo os professores, deve ser melhor para os pais terem o filho diagnosticado com TDAH, situação que explica o comportamento do filho, do que um filho que incomoda na escola sem esse diagnóstico. Neste último caso, eles recebem muita reclamação da escola em relação ao seu filho, como descreve um dos professores entrevistados:

Eu acho que se [...] a gente tem um aluno que incomoda muito e cada vez que ele [o pai ou a mãe] vem [conversar] você vai reclamar, [...] como professora eu estou falando, eu acho que os pais não gostam, [...] porque na verdade [...] talvez eles nunca recebam um elogio do filho, só as coisas negativas. (professor 1)

É possível perceber que os informados, no sentido de Goffman (2008) também são afetados com uma classificação, um estigma. Sugere-se, portanto, que a unidade que sofre o efeito de arco, no caso específico do TDAH, não é somente a criança, e sim o núcleo formado

por ela e pelos informados mais próximos (pais e professores principalmente).

5 As instituições

Todo diagnóstico médico é uma classificação, para a qual existem características definidas, e na qual alguns indivíduos com essas características se enquadram. Mas para que um diagnóstico, uma classificação, seja levada em consideração, entre na sociedade, é necessário que haja algo que a legitime, precisa haver uma instituição que a torne verdadeira, que a utilize (HACKING, 2007). Além disso, é a partir das instituições que se garante as normas (LECOURT, 2006).

No caso do TDAH, existem as clínicas médicas ou multiprofissionais onde são feitos os diagnósticos. Além disso, pode-se dizer também que o DSM é uma forma de instituição que apresenta uma série de características de comportamento, que posteriormente é interpretada por um especialista da área.

A primeira versão do DSM data de 1952, e até 1980, quando foi publicado o DSM-III, os fundamentos diagnósticos encontrados nesses manuais apresentavam influências da psicanálise e da psiquiatria social comunitária. A versão do DSM-III rompe com a psiquiatria clássica e, a partir de então, os quadros psicopatológicos passaram a ser apresentados como transtornos mentais. Esses transtornos são diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas (identificados por meio de uma lista) que devem estar presentes na vida do indivíduo por determinado período de tempo. Atualmente, o DSM-IV revisado é uma referência mundial de diagnósticos dos transtornos mentais (GUARIDO, 2007).

O que se sugere aqui é que a escola também é uma instituição de legitimação do diagnóstico de TDAH. Ela apresenta os alunos problemáticos ao profissional de saúde e os recebe de volta com o diagnóstico, aceitando-o e reproduzindo o seu discurso. Então, se a escola encaminha, aceita o diagnóstico e até modifica suas atitudes em função dele, ela pode ser considerada uma instituição de legitimação desse diagnóstico.

Ao assumir e validar os discursos médico-psicológicos, a pedagogia mantém essa prática, desresponsabilizando a escola. O discurso médico que aparece na escola é o mesmo discurso difundido na mídia leiga. Dessa forma, é relativamente comum que professores e coordenadores façam diagnósticos por meio da observação de determinados comportamentos das crianças, e as encaminhem para avaliação psicológica (GUARIDO, 2007). As mães e os professores relataram que, na grande maioria dos casos, realmente é a escola quem solicita

aos pais para encaminharem seus filhos ao profissional de saúde.

A principal causa [para o encaminhamento da criança ao profissional da saúde] foi a escola, porque [...] todo dia tinha alguma coisa: é o Lucas isso, o Lucas aquilo, a professora Marina “o Lucas fez isso, o Lucas fez aquilo”.
(mãe 3)

Muitas crianças podem incorporar a incapacidade, a doença, considerando-se pouco inteligentes. Assim, elas são expropriadas de sua normalidade. Elas são normais, mas com o passar do tempo, vão se tornando doentes. E só mostram que aprendem quando conquistam sua confiança, o que não acontece na escola, pois é lá que disseram que elas não sabem (COLLARES; MOYSÉS, 1996). É o caso das crianças que sempre precisam que o pai ou mãe vá buscar o boletim com suas notas⁶. Para algumas mães entrevistadas, esse tipo de atitude faz com que ele se sinta diferente dos outros e o torne mais consciente de seu problema.

Dessa forma, segundo Legnani e Almeida (2004), a escola demanda dos educadores uma postura baseada na caridade. Dessa forma, o aluno encaminhado parece estar numa posição de inferioridade em relação aos colegas. Sua diferença é sempre reafirmada, ele não é visto como um igual, conforme relatam um professor e uma mãe:

Ele percebe sim que é diferente, [...] ele se sente diferente dos outros.
(professor 4)

Ela [a professora] não pode comparar as outras crianças com o Lucas, porque o Lucas não é igual a essas outras crianças que estão junto com ele lá. O Lucas não é igual, o Lucas é hiperativo, elas [as crianças que não têm TDAH] conseguem se concentrar. (mãe 3)

A escola é um lugar de homogeneização de comportamentos, não dando muito espaço aos diferentes. Em relação ao TDAH, uma mãe se mostrou descontente com essa característica e afirma que o lado bom de seu filho ninguém vê na escola, só seus defeitos:

[...] eles não sabem aproveitar o lado que o Douglas mostra interesse, e acredito que isso passe pelos outros também. (mãe 4)

⁶ É comum, nas escolas onde as entrevistas ocorreram, que as crianças que tirem alguma nota inferior a 7,0 no boletim, os pais devem comparecer à escola para retirá-lo. Segundo as escolas, esse método é necessário para que esses pais conheçam a realidade quantificável do filho na escola, para que ele tenha consciência do “rendimento” de seu filho. Para os “bons alunos”, os boletins são entregues dentro da sala de aula, perante todos os colegas.

Além disso, o tratamento médico, em geral, é reavaliado baseando-se no relatório dos professores da criança. Portanto, é a partir desse relatório que se decide se a criança precisa tomar medicamento, ir a um psicólogo, se está melhor, se piorou, se nada mudou.

[A médica] sempre pede “você traz um relatório total da escola”. Através desse relatório ela vai ver o que ela pode e o que não pode fazer pelo Lucas, se ele está melhorando, se ele está piorando, se ela tem que mudar alguma coisa do remédio, alguma outra coisa também. (mãe 3)

É a partir das instituições que as crianças recebem uma classificação e também é a partir delas que essa classificação é legitimada. No caso do TDAH, é por meio do DSM que o médico faz o diagnóstico do problema, comparando os comportamentos descritos pela escola e pelos pais da criança, com uma lista de sintomas do TDAH, mostrada no quadro 1. A escola desempenha um papel fundamental nesse processo, tanto na identificação (através dos encaminhamentos aos profissionais de saúde) quanto no reconhecimento e na validação do problema. Isso porque, após o diagnóstico, a criança volta para a escola e lá é recebida de uma maneira diferente, como alguém que precisa de ajuda e que não tem culpa pelos seus comportamentos; após o diagnóstico, muitas vezes a escola até modifica algumas de suas regras e normativas para que essa criança “doente” possa se inserir no ambiente escolar.

6 O Conhecimento e os especialistas

Por trás de uma classificação, existe um corpo de conhecimento sobre o tipo de pessoas em questão⁷, as características que apresenta e que estão relacionadas a essa classificação. E parte desse conhecimento é precisamente detalhado e conhecido pelos especialistas da área (HACKING, 2007), que escrevem livros sobre o assunto, criam guias para outros especialistas fazerem o diagnóstico e também fazem o diagnóstico.

Os especialistas utilizam o poder do discurso científico para impor aos demais o que consideram que seja a verdade. No ocidente, dizer que algo é científico equivale a dizer que ele é verdadeiro. Os meios de comunicação em massa passam a mensagem de que a ciência é quase mágica e os cientistas são considerados uma autoridade (CAMARGO JR, 2003). Na sociedade moderna tem havido um crescimento substancial no pretígio, domínio e jurisdição da profissão médica (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Com o aparente sucesso da medicina no controle de doenças contagiosas, o

⁷ Fala-se aqui tanto do conhecimento de especialistas quanto do conhecimento popular.

crescimento da biomedicina científica, a regulação da educação médica e licenciamento, e sua organização política e *lobbying* da Associação Médica Americana, o prestígio da profissão médica aumentou. A área da saúde, em especial a profissão médica, domina a organização do cuidado em saúde e tem praticamente um monopólio de tudo o que é definido como tratamento médico, especialmente em termos do que constitui uma doença e qual é a intervenção médica apropriada (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

A gente ficou meio assim [desconfiado] com a questão do remédio, [...] mas se o médico que é médico diz que é bom e que não faz mal, o que a gente vai dizer? Não temos conhecimento. (mãe 2)

A influência deles é vista tanto na casa das crianças com TDAH quanto na escola. As atitudes da família e dos professores mudam, de acordo com as orientações dos profissionais da saúde. Nossa sociedade busca a eficiência a todo custo, é uma sociedade das urgências, essencialmente hiperativa que se utiliza de rótulos científicos como métodos de controle da subjetividade (FIORE, 2005).

Em relação ao TDAH, o discurso médico é responsável pela diferenciação de certos tipos de crianças, pois é por meio de rótulos, ou diagnósticos, que se define o que é atenção, quais habilidades deve-se ter em cada idade, como é ser inteligente. “A busca pelo alcance desses padrões se torna a ‘grande’ função da ciência” (FIORE, 2005, p. 372). As mães demonstraram uma grande preocupação com o futuro de seus filhos, as crianças que não apresentam as habilidades consideradas normais para suas faixas etárias.

[T]emos que fazer alguma coisa, não dá mais assim, [...] o que vai ser desse menino [se ele continuar assim]? (mãe 3)

A prescrição de rótulos científicos são eficientes estratégias de controle subjetivo (FIORE, 2005). A tendência é a reprodução de um discurso que pode se tornar padronizante e inquestionável, uma vez que o discurso deriva do meio científico, e a ciência ocupa, no Ocidente, o lugar de maior produtora de verdades (TESSER, 2007).

Os conhecimentos médicos, assim, são considerados verdades do ponto de vista operacional. O profissional considera que está fazendo o melhor ao encontrar um diagnóstico e prescrever um tratamento baseado nos saberes científicos. Já o doente, geralmente leigo no assunto, recebe com muita confiança a versão médica, normalmente considerando-a uma verdade (TESSER, 2007). Dessa forma, o profissional da saúde é considerado o principal detentor da informação sobre o TDAH.

Se o médico que é médico diz que é bom e que não faz mal, o que a gente vai dizer [...]; não temos conhecimento, né? (mãe 2)

Apesar do poder do discurso científico, grande parte dos professores e pais são resistentes ao uso do medicamento. Muitas vezes os pais o dão às crianças contra sua vontade ou então rejeitam a opinião médica e não seguem o que foi prescrito. Isso demonstra que ainda há uma certa resistência ao uso de psicotrópicos em crianças pela sociedade.

[...] esses remédios fazem mal, são uma droga, são faixa preta, ele [a criança] é novo ainda. (mãe 3)

Pelo relato das mães e dos professores, foi possível perceber que, se há dúvidas quanto ao problema da criança, se ela é doente ou não, se os seus maus comportamentos derivam de “falta de educação” ou de uma patologia, essas são sanadas quando ocorre a consulta médica. Geralmente ela fornece a resposta final ao problema: a criança ou tem TDAH ou não tem. A partir dessa consulta é que as medidas restauradoras são tomadas.

O profissional da saúde e seu conhecimento científico têm o poder de modificar a maneira como a família e a escola veem a criança, e até como ela própria se vê. É a partir do diagnóstico que as atitudes se modificam para com essa criança e pode ocorrer o efeito de arco, como já foi discutido na seção 4.

8 Considerações finais

Para Illich (1975), uma sociedade superindustrializada causa doenças, uma vez que os homens não conseguem se adaptar à ela. Para ele, o diagnóstico médico serve para explicar que, se o indivíduo não se adapta à sociedade, não é por causa do meio ambiente desumano, mas porque o seu organismo está falhando. “Assim, a doença retira sua própria substância do *corpo* do homem. O médico a caracteriza e a denomina segundo a intenção do paciente” (p. 154, grifo do autor). A classificação das doenças adotadas por uma sociedade reflete sua estrutura institucional e a origem social das doenças está na necessidade da isenção de culpa das instituições.

A maneira de agir do profissional da saúde tende a ser dominado pela padronização operacional e científica das doenças, que seria um instrumento de intermediação entre o profissional e o doente, buscando a cura ou o controle dessa doença (TESSER, 2007).

O DSM-IV representa essa operacionalização, por meio de uma lista de sintomas comportamentais, sobre os quais baseiam-se os diagnósticos do TDAH.

Tanto os pais quanto os professores e os profissionais de saúde, procuram por explicações e maneiras de lidar com os desafios representados pelos comportamentos infantis considerados anormais. Na sociedade atual, o modelo da medicina científica possui um poder cultural muito grande. Assim, a maior parte da população assume como verdade que, se os médicos falam que certos comportamentos são na realidade uma doença, então essa doença realmente existe (TIMIMI, 2002). Segundo Timimi (2002), a construção do TDAH como uma doença biomédica surgiu como uma resposta ao crescimento das ansiedades culturais sobre o desenvolvimento infantil e seu bem-estar.

Este rótulo diagnóstico dá a impressão de que as crianças que os possuem são similares e minimiza suas diferenças. Uma vez que o TDAH é visto como uma doença, as crianças com dificuldades de aprendizagem ou comportamento, que podem estar sendo causados por uma série de processos complexos, podem agora ter o rótulo de uma doença. Tal rótulo cria a ilusão de que a informação e a compreensão científicas da condição daquela criança já estão disponíveis (TIMIMI, 2002).

Ser classificado, ganhar um nome, é muito comum. Quando este nome, porém, está relacionado a um discurso oficial, como o discurso científico, geralmente reconhecido pela sociedade como uma verdade, ele interage com o classificado de uma forma mais profunda, duradoura. Isso porque existe uma estrutura subjacente a essa classificação, que engloba a própria classificação, os indivíduos classificados, as instituições, o conhecimento e os especialistas, como já foi discutido anteriormente.

O TDAH infantil é um diagnóstico e, portanto, uma classificação que possui essa estrutura, que é responsável pela aceitação desse nome e seu permanecimento na sociedade. O diagnóstico do TDAH é baseado no discurso científico, apresenta uma lista de sintomas que caracterizam o indivíduo TDAH-positivo ou TDAH-negativo. Após a classificação, pode ocorrer o efeito de arco, inclusive no caso de crianças pequenas, pois toda a estrutura social muda em favor do nome que a criança recebeu, porém ele representa também um alívio para as mães e para os professores.

Dessa forma, o diagnóstico de TDAH é dúbio, pois ajuda na resolução imediata do problema da criança na escola, livrando a família da culpa pela não aprendizagem e mau comportamento dela. Ao mesmo tempo, entretanto, as consequências de se nomear alguém tão cedo com um diagnóstico de transtorno mental também podem vir a gerar uma resposta na própria criança. Sugere-se que essa resposta seja de afirmação dos sintomas da doença; e a

criança, quando mais velha ou até mesmo depois de adulta, se veja como incapaz de realizar as atividades do cotidiano como outra pessoa considerada “normal”.

7 Referências

ANDRADE, E. R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 81-85. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

CAMARGO JR, K. R. **Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003. 195 p.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996. 264 p.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 327 p.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. (rev). Porto Alegre: Artmed, 2002. 880 p.

FIGLIARO, M. A. Medicalização do corpo na infância: considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Mnemosine**, v. 1, n. 1, p. 365-380. 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158 p.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161. 2007.

HACKING, I. **Múltipla personalidade e as ciências da memória**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000. 357 p.

_____. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In: RUSSO, M.;CAPONI, S. (Org.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.305-320.

_____. Kinds of people: moving targets. **Proceedings of the British Academy**, v. 151, n., p. 285-318. 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1975. 196 p.

LECOURT, D. Normas. In: RUSSO, M.;CAPONI, S. (Org.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas**. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.292-303.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais. **Estilos da Clínica**, v. IX, n. 16, p. 102-121. 2004.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 1. ed. São Paulo: M Books do Brasil Ltda., 2005. 246 p.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. **An Interdisciplinary Journal**, v. 22, n., p. 93-115. 2001a.

_____. Disciplining domesticity: framing the ADHD parent and child. **The Sociological Quarterly**, v. 42, n. 3, p. 373-393. 2001b.

TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 465-484. 2007.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood**. New York: Brunner-Routledge, 2002. 190 p.

URIBE, C. A.; ROJAS, R. V. Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. XXXVI, n. 2, p. 255-291. 2007.

VASCONCELOS, M. M.; JUNIOR, J. W.; 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. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.