



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

TATIANA DE ANDRADE BARBARINI

**O CONTROLE DA INFÂNCIA:
Caminhos da medicalização**

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a MARIA LYGIA QUARTIM DE MORAES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como requisito para a obtenção do título de mestre em Sociologia.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
SANDRA APARECIDA PEREIRA - CRB nº 7432-BIBLIOTECA DO IFCH
UNICAMP

Unidade BECH
T/UNICAMP
Cutter _____
V. _____ Ed. _____
Tombo BC 93250
Proc. 16-130-2011
C _____ D _____
Preço 1811,90
Data 02/12/2011
Cód. lit. 227353

B232c

Barbarini, Tatiana A., 1984-

O controle da infância: caminhos da medicalização /
Tatiana de Andrade Barbarini - - Campinas, SP: [s. n.],
2011.

Orientador: Maria Lygia Quartim de Moraes
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade.
2. Estigma (Psicologia social)
3. Crianças - Aspectos sociais. I. Moraes, Maria Lygia Quartim de, 1943-
II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informação para Biblioteca Digital

Título em Inglês: The control of childhood: ways of the medicalization

Palavras-chave em inglês:

Attention-deficit hyperactivity disorder
Stigma (Social psychology)
Children - Social aspects

Área de concentração: Sociologia

Titulação: Mestre em Sociologia

Banca examinadora:

Maria Lygia Quartim de Moraes [Orientadora]
Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo
Maria Helena Oliva Augusto

Prof. Dr. Omar Roberto Moraes
Matr. 28292-3
Coordenador da Comissão de Pós-Graduação
IFCH/UNICAMP

Data da defesa: 01-09-2011

Programa de Pós-Graduação: Sociologia

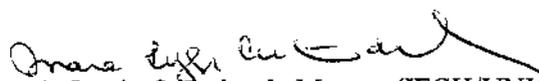
TATIANA DE ANDRADE BARBARINI

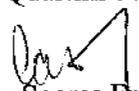
**O CONTROLE DA INFÂNCIA ;
Caminhos da medicalização**

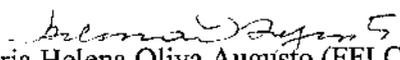
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Lygia Quartim de Moraes.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 01/09/2011.

BANCA


Prof.^a Dr.^a Maria Lygia Quartim de Moraes (IFCH/UNICAMP)


Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivoledo (FCM/UNICAMP)


Prof.^a Dr.^a Maria Helena Oliva Augusto (FFLCH/USP)

SUPLENTES

Prof.^a Dr.^a Mariza Corrêa (IFCH/UNICAMP)

Prof.^a Dr.^a Áurea Maria Guimarães (FE/UNICAMP)

Setembro/2011

Para todos que colaboraram, apoiaram e compreenderam essa empreitada.

AGRADECIMENTOS

Talvez este espaço não seja suficiente para e as palavras não sejam capazes de expressar todo o meu agradecimento a inúmeras pessoas e instituições que fizeram parte deste trabalho.

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Eliane e Newton, por todo o apoio que recebi não somente durante o mestrado, mas desde que comecei a tomar decisões por mim mesma, a “quebrar a cara” e a seguir minhas intuições. Ao meu irmão, Leonardo, que sempre me perguntou o que eu faria da vida como socióloga, o que me fez sempre pensar e repensar meus objetivos.

Ao Rafa, que sempre suportou minhas crises e minhas inseguranças com muita paciência e o seu clássico “Bom, hein” para demonstrar, da sua forma, a atenção às minhas conquistas.

À Paola e à Clarissa, amigas do coração sem as quais a ideia que originou este trabalho não teria saído da imaginação. A Jeronimo Souza, pela revisão do *abstract*.

À Cássia Garcia e à Professora Áurea Guimarães, docentes que possibilitaram o acesso à teoria e à prática que viriam a basear minha pesquisa.

À minha orientadora Maria Lygia, por dar sugestões valiosas, responder prontamente às minhas dúvidas e solicitações e avaliar cuidadosamente meu trabalho e suas etapas.

Ao Professor Carlos Rivorêdo, pela atenção à minha pesquisa, disposição a colaborar e introdução das nuances da compreensão da infância. À Professora Maria Helena Augusto, que viu e ajudou meu projeto nascer e se tornar uma pesquisa científica. Ao Professor Fernando Chacra pelo auxílio à interpretação dos desenhos. Agradeço, também, à Professora Mariza Corrêa, que se disponibilizou a participar da banca.

À Christina, por sempre atender aos alunos e aos professores atentamente, mesmo com a mesa cheia de papéis e pendências.

A todos meus colegas e amigos, com quem pude discutir minhas ideias e ouvir suas sugestões e experiências. Agradeço, especialmente, à Bárbara, à Caroline e à Lidiane, novas e, provavelmente, eternas amigas.

Ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP (IFCH), pela credibilidade demonstrada.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), que financiou a pesquisa. E também à CAPES por promover o apoio financeiro inicial ao meu trabalho.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, por avaliar meu projeto e viabilizar a realização da pesquisa de campo.

Às famílias que participaram da pesquisa e aceitaram conversar tão gentilmente, sendo que muitas delas me abriram as portas de suas casas.

Aos professores, funcionários, residentes e estudantes do Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que me receberam e permitiram que fizesse parte do cotidiano de suas atividades. Em especial, ao Dr. Paulo Dalgalarrodo por estabelecer a ponte entre mim e os demais profissionais do ambulatório e por, gentilmente, me dar sugestões e esclarecimentos.

Aos demais que, participando de discussões em eventos, me permitiram ver o que ainda estava implícito e aprofundar as análises.

Espero não ter me esquecido de ninguém. Se o fiz, me perdoem pela falta, mas saibam que minha gratidão vai além destas folhas.

Obrigada!

“Dani é uma criança que não sabe andar de bicicleta. Todas as crianças do seu bairro já andam de bicicleta; os da sua escola já andam de bicicleta; os da sua idade já andam de bicicleta. Foi chamado um psicólogo para que estude seu caso. Fez uma investigação, realizou alguns testes (...); falou com seus pais, com seus professores, com seus vizinhos e com seus colegas de classe e chegou a uma conclusão: esta criança tem um problema, tem dificuldades para andar de bicicleta. Dani é ‘disbiciclético’”. (Emílio Ruiz Rodriguez – “Disbicicléticos”).

“As pessoas grandes aconselharam-me a deixar de lado os desenhos de jibóias abertas ou fechadas e a dedicar-me de preferência à geografia, à história, à matemática, à gramática. Foi assim que abandonei, aos seis anos, uma promissora carreira de pintor” (Antoine de Saint-Exupéry – “O Pequeno Príncipe”).

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental infantil que tem ganhado evidência nos ambulatórios e consultórios médicos, escolas e mídia. Não parar, parecer estar no “mundo da lua” e não obedecer às ordens dos adultos são alguns indícios, entre tantos outros, de que a criança é uma potencial portadora de TDAH. Ao considerar-se que o TDAH tem origem em disfunções genéticas e neurológicas, encerra-se o problema no corpo individual, em sua constituição biológica, o que dá autoridade aos médicos psiquiatras para diagnosticar e propor tratamentos - sendo o uso de medicamentos psicoestimulantes o método mais utilizado - e deixam-se de lado questões sociais, históricas, culturais, econômicas e políticas importantes. Assim, nesta dissertação pretende-se analisar e interpretar o TDAH, seu diagnóstico e seu tratamento médico (psiquiátrico) e medicamentoso designados a crianças, a fim de desnaturalizá-los e desvendar suas relações com a sociedade contemporânea. Nesse sentido, são explorados temas como a definição clínica do transtorno, os processos de medicalização social, patologização e estigmatização de comportamentos infantis e as imagens da criança com TDAH, estabelecendo o diálogo entre TDAH, sociedade e infância. A metodologia escolhida engloba uma pesquisa qualitativa etnográfica, dispondo de métodos e técnicas de observação participativa no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes no referido ambulatório, crianças, entre seis e doze anos de idade, diagnosticadas como portadoras do TDAH e atendidas no local, e seus pais ou representantes legais; e de produção e interpretação de desenhos infantis. Portanto, a partir das pesquisas bibliográfica e de campo, entende-se que o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso definem-se como fenômenos complexos que ultrapassam os limites do campo da biologia e medicina por possuírem raízes sociais, históricas e culturais ligadas a uma sociedade que valoriza as crianças como vir-a-ser, como seres em formação para a vida adulta ativa, e que as enquadra em normas e regras socialmente definidas sobre comportamentos adequados. A partir dessa conformação, além de se fornecer pouco espaço à expressão infantil, classificam-se, punem-se e tenta-se corrigir as crianças que se desviam, entre elas, as crianças com TDAH. Portanto, é possível entender o TDAH e seu tratamento (especialmente o medicamentoso) como mecanismos de biopoder.

Palavras-chave: TDAH, medicalização, estigma, crianças, aspectos sociais.

ABSTRACT

Attention Deficit/Hyperactive Disorder (ADHD) is a child mental disorder which has been increasingly drawing attention from medical clinics, schools and media. Being in constant active, seeming aloof and not obeying adults' orders are some signs, along with so many others, that indicate a child is a potential ADHD bearer. When it is considered that ADHD has a genetic neurological dysfunction cause, the problem becomes restricted to the individual, in his/her biological constitution. This gives psychiatrists authority to diagnose and prescribe treatments - the use of psycho stimulant drugs being the main one. However this approach disregards important social, historical, cultural, economical, and political questions. Therefore, in this dissertation I aim to analyze and understand ADHD, its diagnosis, its drugs and the medical (psychiatric) treatment given to children in order to denaturalize them and reveal their relations with contemporary society. In this way, some themes are investigated, such as the disorder clinical definition, the processes of social medicalization and the pathologization and stigmatization of some children's behaviors, and these children's images, establishing the dialogue among ADHD, society, and childhood. The methodology chosen covers an ethnographic qualitative research, with methods and techniques of participative observation at "Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas"; semi-structured interviews with health professionals from the above-mentioned clinic, children from six to twelve years old diagnosed as ADHD bearers and treated there, and their parents or legal guardians; as well as by interpreting children's drawings. Thus, from bibliographic and field research, it is understood that ADHD and its medicamental and psychiatric treatment are complex phenomena which surpass Biology and Medicine field limits because of their social, historical, and cultural roots. They are connected to a society which values the child as a developing human being into an active adult life, and conforms them to socially defined principles and rules about proper behaviors. This conformation gives little room to child expression and, moreover, label, punish, and try to correct deviant children, among them, children with ADHD. Hence, it is possible to understand ADHD and its treatment (especially medicamental one) as mechanisms of bio-power.

Keywords: ADHD, medicalization, stigma, children, social aspects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa dos principais espaços do Ambulatório de Psiquiatria Infantil do H. C. da UNICAMP.

Figura 2: Esquematização gráfica da relação entre TDAH, sociedade e infância.

Desenho 1: Representação da médica e sua paciente em frente ao ambulatório. Produzido por uma menina de 11 anos em 08/04/2010.

Desenho 2: Diferentes situações reproduzidas por uma menina de 11 anos em 08/04/2010.

Desenho 3: Produzido por um menino de 9 anos, em 18/02/2010, mostra linearidade e movimentos.

Desenho 4: Família de um menino de 9 anos desenhada em 18/02/2010.

Desenho 5: A menina e o cachorro reproduzidos por um menino de 10 anos, em 14/10/2010.

Desenho 6: A imagem de menina reproduzida por um menino de 10 anos, em 14/10/2010.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	x
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO PRIMEIRO	
O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: sua história, definição e delimitação como problema sociológico	19
1.1 - Uma breve abordagem histórica do TDAH	20
1.2 - A descrição na literatura: sintomas, diagnósticos e tratamentos	23
1.3 – Defesas, críticas e difusão do TDAH	29
1.4 – As brechas para questionamentos	35
CAPÍTULO SEGUNDO	
ESCOLHAS E DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	37
2.1 – O campo e os sujeitos	37
2.2 - As opções metodológicas	40
2.2.1 - Etapas e técnicas	45
2.2.2 – Breves explicações sobre os roteiros	47
2.2.3 - Exploração do material e tratamento dos dados	48
2.3 - Dificuldades e limitações da metodologia	50
CAPÍTULO TERCEIRO	
SOBRE UMA REVISÃO TEÓRICA E SOCIOLÓGICA	53
3.1 – Do social ao biológico: o conceito de medicalização	53
3.1.1 – O percurso histórico do processo de medicalização	58
3.2 – Doença, transtorno mental e patologia	66
3.3 – Patologia, loucura e diferença	72
3.4 - Socialização, cuidado adequado com a criança e patologias infantis	76
CAPÍTULO QUARTO	
(RE)DEFININDO A CRIANÇA COM TDAH	87
4.1 – Relações, interações e hierarquias no ambulatório	88
4.2 – A autoridade médica e uma mudança de perspectiva	94

4.3 – <i>Ser</i> TDAH	105
4.3.1 – Imagens estigmatizadas	114
4.4 – Expectativas de adultos e brincadeiras de crianças (com TDAH)	119
4.5 – A infância como pano de fundo do TDAH	135
CAPÍTULO QUINTO	
O CONTROLE DA INFÂNCIA	139
5.1 – Uma relação especial: sociedade e infância e TDAH	139
5.2 – Medicalização e docilização	147
5.3 – Outro olhar sobre o significado do TDAH	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
APÊNDICES	
Apêndice A – Roteiros de campo	179
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	182
ANEXOS	
Anexo A – Critérios Diagnósticos segundo o DSM-IV e a CID-10	183
Anexo B – Carta de Princípios da Associação Brasileira do Déficit de Atenção	187
Anexo C – Estória criada por uma mãe	189
Anexo D – Documento de aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa ..	191

INTRODUÇÃO

“Em nossa primeira reunião no ambulatório, em 09 de março de 2006, dois psiquiatras nos apresentaram o trabalho no local, algumas informações sobre os pacientes e as propostas para nossas atividades ali. O problema principal é que as crianças ficam muito tempo esperando pela consulta em um corredor estreito sem ter o que fazer. Um fato importante que foi informado: *a maioria dessas crianças é hiperativa*”. Fiz essa anotação no primeiro contato com o Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e logo notei a presença do que seria, alguns anos depois, meu objeto de estudo: o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças.

Durante o ano de 2006, minhas colegas e eu, alunas de graduação em Ciências Sociais e em Letras, desenvolvemos atividades com crianças no referido ambulatório – que, na época, situava-se em local diferente do atual dentro do hospital - como parte da nossa formação em licenciatura. A oportunidade foi oferecida pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pela professora dessa faculdade Áurea Maria Guimarães e pelos professores Paulo Dalgarrondo e Antonio Jacintho, da Faculdade de Ciências Médicas e profissionais responsáveis e supervisores no ambulatório, que solicitaram que elaborássemos atividades lúdicas e educativas para as crianças que aguardavam suas consultas, o que compôs o projeto chamado de “Atendimento de Sala de Espera”.

Como consta na anotação acima, logo na primeira reunião com os profissionais nos foi informado que a maioria de suas crianças pacientes era diagnosticada como portadora de TDAH. Sem conhecermos a teoria desse transtorno, aprendemos na prática que lidávamos com crianças extremamente agitadas e que apresentavam dificuldades na escola, tanto em relação ao aprendizado quanto à interação com outras crianças e professores. Contudo, fomos realmente surpreendidas pela informação de que essas crianças tomavam medicamentos controlados – os famosos “tarja preta”.

O ano que passamos ali foi muito difícil. Muitas vezes pensamos em desistir das atividades e buscar a experiência clássica da sala de aula, graças ao esgotamento causado pelo fato de lidarmos com muitas crianças agitadas ao mesmo tempo. Passamos até a entender porque algumas mães ficavam felizes quando nós chegávamos. Contudo, ao mesmo tempo, nos

perguntávamos: por que é preciso que essas crianças frequentem ambulatórios psiquiátricos e por que lhes são prescritos medicamentos?

Observamos que a maioria das crianças recebeu bem nossa iniciativa, pois elas gostavam de desenhar, brincar, ler e ouvir histórias e se relacionavam bem conosco e com as demais crianças; outras poucas preferiam permanecer no corredor com as mães. Algumas crianças mais quietas, outras mais agitadas, mas sem aparentes (para nós, leigas no assunto) problemas graves que justificassem a medicação. Os pais, embora sempre preocupados com a saúde da criança, deixavam transparecer o alívio de encontrar alguém que tomasse conta de seus filhos, mesmo que por algumas horas, dando-lhes um pouco de tranquilidade. As funcionárias, muitas vezes, “perdiam o controle” da situação e levantavam o tom da voz com as crianças, que corriam (embora o espaço restrito) e entravam em salas onde não deviam. Os residentes e os médicos eram muito atentos às crianças e às famílias. Já nós, procurávamos sempre entender as razões para as crianças estarem ali e, em conversas informais com familiares, crianças e médicos, soubemos que muitas delas eram encaminhadas ao ambulatório devido a problemas de aprendizagem e de comportamento em casa e na escola.

Coincidentemente, no mesmo ano, algumas de nós cursamos uma disciplina sobre biopoder, ministrada pela então doutoranda Cássia Santos Garcia, fato que desencadeou algumas reflexões e indagações. Estudando o investimento de tecnologias e mecanismos de poder sobre corpos indóceis a fim de discipliná-los e torná-los mais produtivos, eficientes e úteis, a questão chave se formulou: o TDAH poderia ser um destes mecanismos de poder, que controlaria e docilizaria essas crianças agitadas e desobedientes?

Revelou-se, então, a necessidade de aprofundar o estudo do TDAH, indo além das aparências e da literatura especializada sobre o tema – os manuais diagnósticos, os estudos psiquiátricos sobre sintomas, diagnósticos e tratamentos – para valorizar a experiência dos indivíduos envolvidos com o transtorno; refletir sociologicamente sobre temas do campo da saúde; e transpor a barreira que separa as especialidades, além de abrir o diálogo entre as ciências da vida – biológicas e médicas – e as ciências humanas. Outro fato que mostrou a importância e a necessidade de se fazer um trabalho como esse em sociologia foi o de que, no Brasil, diversos trabalhos sobre o TDAH e o seu tratamento têm adotado olhares sociológicos, mas sua grande maioria concentra-se em outras áreas, como educação (MOYSÉS, 2001; SOUZA, 2009), medicina social/psiquiatria (LIMA, 2005; CALIMAN, 2006), saúde coletiva e pública

(BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009), psicologia (GUARIDO, 2007), entre outros. Os estudos realizados por sociólogos, no entanto, ainda são poucos. Nos Estados Unidos, o sociólogo Peter Conrad dedicou-se à temática. Em *Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior* (2006), ele adota a perspectiva do interacionismo simbólico para estudar qualitativamente o TDAH em crianças. Adam Rafalovich (2004) completou seu doutorado com um estudo histórico do discurso médico e da medicalização do comportamento infantil. Ambas as obras não são facilmente encontradas no Brasil a não ser sob altos custos de importação.

Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar e interpretar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), seu diagnóstico e seu tratamento médico (psiquiátrico) e medicamentoso designados a crianças, a fim de traçar suas relações com a sociedade contemporânea. Parte-se da definição e da historicidade do transtorno, da compreensão de sua constituição como um transtorno mental, legítima e mundialmente reconhecido, que afeta negativamente a vida das crianças diagnosticadas; do encontro entre o campo científico (médico) e o cotidiano dos indivíduos; e da infância; para chegar a uma interpretação da relação entre TDAH, criança e sociedade. Neste trabalho sociológico, a análise do processo de medicalização social terá importante espaço, pois é essencial a verificação da possibilidade de existência de uma relação profunda entre esse processo e o TDAH.

Pretende-se, portanto, processar a desnaturalização do TDAH, afirmando a necessidade de abordá-lo como um fenômeno histórico, social, cultural, econômico e político e não como uma entidade autônoma e a-histórica (LIMA, 2005) ou, em outras palavras, natural. Ao realizar essa abordagem, não se pretende afirmar que as crianças diagnosticadas não enfrentam dificuldades e sofrimentos reais, mas sim buscar um novo olhar sobre o fenômeno, a fim de compreender a transformação de determinadas diferenças e comportamentos em problemas patológicos genéticos e desenvolver uma visão crítica sobre os processos relacionados ao e definidores do transtorno, tais como a criação de um modelo de classificação do comportamento infantil baseado em conceitos médicos e científicos (normal e patológico); a resposta dada ao comportamento patológico – o tratamento psiquiátrico e medicamentoso -, negligenciando-se o fato de se lidar com crianças diferentes, que não aprendem da mesma forma que a maioria e que não se comportam segundo as exigências sociais, inseridas em sociedades com regras padronizadas de socialização; e a imposição de um caráter depreciativo à diferença.

Para tanto, adota-se o pressuposto de que o TDAH faz parte de uma sociedade que molda padrões ideais de comportamento, privilegiando os “melhores” indivíduos, os mais competitivos, os mais eficientes; e que vive processos de biologização e o surgimento de um número cada vez maior de doenças, transtornos e medicamentos com a justificativa de explicar a condição do indivíduo e poupá-los dos mais diversos tipos de sofrimento. Os corpos, os indivíduos e seus comportamentos passam a ser vinculados a padrões biológicos, explicados pela genética, fisiologia, neurologia, enfim, pelas ciências médicas e biológicas que tomam para si a função de cuidar das crianças “doentes” e orientar os pais e os professores sobre como lidar com elas e como ensiná-las a conviver com o problema.

Dessa forma, as principais questões que norteiam esta pesquisa são: 1) como e por que certos comportamentos infantis tornam-se sintomas de um transtorno mental; e 2) o TDAH e o tratamento medicamentoso, privilegiado no Brasil, poderiam ser encarados como elementos essenciais de um processo de controle dos corpos e dos comportamentos, a fim de enquadrá-los em exigências sociais?

Apresentam-se como hipóteses, por sua vez, o fato de ocorrer uma medicalização dos comportamentos infantis incômodos e inadequados – desviantes do que socialmente se define como “bons comportamentos” -, transformados em patologias, e a possibilidade de o TDAH e o uso de medicamentos psicoestimulantes resultarem em mecanismos de controle desses comportamentos e, conseqüentemente, da infância. Em consequência, o uso dos termos “controle”, “poderes” e “saberes” na dissertação indica a tendência teórica adotada de compreender certos fenômenos por meio da ação do poder disciplinar, conceito apresentado por Michel Foucault (1991). Entretanto, propõe-se que não só o poder e o saber psiquiátricos são determinantes na construção da imagem e condição da criança com TDAH, mas também a própria sociedade, suas regras e expectativas, os saberes populares “leigos”, suas preocupações e demandas por bem estar e uma vida mais “normal”. Destaque ainda maior merece a criança como ator social: além de ser quem recebe o diagnóstico, é quem recebe as demandas sociais por bons desempenhos (sociais e escolares) e bons comportamentos. Tais demandas lhes são alheias e sequer levam em consideração a criança em suas particularidades, desejos e necessidades, em suas formas de criar, modificar e reproduzir o mundo em que vive.

A fim de abordar suas propostas, a dissertação foi composta da seguinte maneira: no primeiro capítulo, o TDAH é apresentado por meio da literatura especializada, da mídia e de

algumas críticas, delimitando-o como objeto de estudo. O segundo é dedicado à metodologia e à delimitação do campo e dos sujeitos da pesquisa. No terceiro, introduz-se e situa-se o conceito de “medicalização” a fim de mostrar que não se trata de um fenômeno recente e pontual, mas já identificado no nascimento da medicina e da psiquiatria na Europa a partir do século XVIII, momento histórico da valorização da racionalidade humana, e como ele se liga, atualmente, ao TDAH e ao seu tratamento; os conceitos de saúde, doença, normal e patológico; o de estigma; e as ideias de “criança” e de “infância”. O quarto capítulo dedica-se aos resultados da pesquisa de campo, da análise da literatura especializada sobre o TDAH e do quadro teórico, introduzindo, conseqüentemente, as discussões que são mais profundamente exploradas no quinto capítulo, seguido, por sua vez, pelas considerações finais.

CAPÍTULO PRIMEIRO

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Sua história, definição e delimitação como problema sociológico.

A medicina e os médicos estão cada vez mais presentes na vida cotidiana dos indivíduos difundindo novas explicações e soluções para problemas de doença e saúde. A dor e o sofrimento aparecem como fatores insuportáveis que devem ser minimizados, assim como outros problemas, antes entendidos como falta de vontade e de iniciativa ou preguiça, recebem explicações técnicas e científicas. Por exemplo, hiperatividade, problemas de desatenção, impulsividade e dificuldades na escola são temas comuns e atuais que têm se destacado tanto em estudos científicos quanto em notícias midiáticas. Ouve-se falar de crianças “a mil”, que parecem estar “ligadas na tomada” o dia todo, que não andam, mas correm, que parecem estar com formigas na cadeira, que deixam a professora “de cabelo em pé”. Essas são referências às crianças acometidas pelo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou popularmente chamadas de hiperativas. Considerado um transtorno psiquiátrico e genético, o TDAH tem sido a causa de grande número de visitas a ambulatórios de psiquiatria e a consultórios particulares de psiquiatras e psicólogos no Brasil e, recentemente, vem recebendo críticas de muitos profissionais devido a sua inserção dada unicamente no plano biológico, o que deixa de lado questões sociais e educacionais que envolvem as crianças. Mas, afinal, o que é o TDAH e qual a sua implicação no plano social? Quer dizer, ele é uma doença, uma anomalia que se desenvolve no corpo (ou melhor, na mente) de algumas crianças ou existe algo mais profundo que deva ser refletido e analisado quando se fala em tal transtorno? Nesse sentido, do ponto de vista sociológico, o TDAH revela-se como um objeto de estudo muito rico e, para que seja explorado, é preciso conhecer seu significado e sua abrangência na sociedade brasileira, rever sua história e relação com a psiquiatria e apontar outros fenômenos a ele relacionados.

1.1 - Uma breve abordagem histórica do TDAH

O TDAH tornou-se mais evidente e conhecido pelo público leigo¹ nos séculos XX e XXI, no entanto, ele foi observado por médicos no final do século XIX e início do século XX. Segundo Lobo, Pereira e Lima (2008), Galen, médico da Grécia Antiga, prescrevia ópio para pacientes com sintomas de impaciência, inquietação e cólicas infantis, mas a primeira descrição do transtorno foi realizada em 1845, pelo médico alemão Heinrich Hoffman.

Segundo Schwartzman (2001), que faz um percurso histórico do transtorno, em 1902, o médico inglês George Fredrick Still observou crianças que apresentavam comportamentos agressivos, desafiantes, indisciplinados, cruéis e pouco controlados e a existência de dificuldades de atenção nessas crianças, conjunto de manifestações que ele denominou “Defeito no Controle Moral”. Foram também consideradas suas características a dificuldade na inibição de respostas aos estímulos e a influência hereditária, estabelecendo uma ligação entre moralidade e hereditariedade. Adolf Meyer (em 1904) e Kurt Goldstein (em 1936) afirmaram que os comportamentos observados por Still eram encontrados em crianças que haviam sofrido lesões cerebrais traumáticas e, por isso, modificaram o nome de “Defeito no Controle Moral” para “Distúrbio Orgânico do Comportamento” e, depois, para “Lesionado Cerebral”. Em 1922, Hohman defendeu a ideia de que os problemas de atenção, concentração, regulação do afeto, atividade e memória eram causados por sequelas de lesão no sistema nervoso central, originada por uma encefalite epidêmica que ocorreu nos anos de 1917 e 1918. Como consequência, em 1947, o nome foi mudado para “Lesão Cerebral Mínima” (LCM) por Alfred Strauss e Laura Lehtinen (LIMA, 2005).

Em 1937, Charles Bradley descobriu que a anfetamina proporciona um efeito calmante em crianças agitadas, sendo que, para indivíduos considerados “normais”², causa o efeito oposto, agindo como estimulante. Suas experiências envolviam crianças institucionalizadas – consideradas problemáticas -, entre 5 a 14 anos de idade, que dispunham de inteligência dita

¹ O uso do termo “leigo” se repetirá durante toda a dissertação referindo-se aos indivíduos que não possuem saberes e (não proferem) discursos especializados, técnicos, científicos e legítimos sobre doenças, transtornos mentais e saúde. Não se deseja agregar-lhe um juízo de valor que hierarquize leigos e “detentores legítimos do conhecimento médico” (BOLTANSKI, 2004: 25), mas sim mostrar que existem diferentes indivíduos, conhecimentos e discursos em interação.

² Sem ainda entrar na discussão do conceito de *normal*, *anormal*/*patológico*, o uso do termo “normal”, aqui, refere-se a indivíduos que não apresentam os sinais de agitação que as crianças consideradas problemáticas apresentam.

normal e apresentavam distúrbios de comportamento. Foi-lhes administrada benzedrina – um tipo de anfetamina - e Bradley observou, logo no início das experiências, uma drástica alteração no desempenho escolar das crianças estudadas: aumento da velocidade de compreensão e de precisão de desempenho em metade do grupo e alterações temporárias em características pessoais e controle das respostas emocionais na outra metade das crianças, que se tornavam mais plácidas e interessadas em seu ambiente, o que o autor chama de *aprimoramento*, do ponto de vista social (BRADLEY, 1994). Em última instância, a eficácia do medicamento consistia em potencializar o desempenho escolar, o controle das emoções e manifestações corporais, a inserção nas atividades da instituição e relações com outros indivíduos e a obediência.

Em 1962, Sam Clements e John Peters adotaram a designação “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). O termo *hiperatividade* começou a ser usado por Maurice Laufer e Eric Denhoff (1957) e Stella Chess (1960) para designar a excessiva atividade motora causada por uma lesão no sistema nervoso central. Nesse primeiro momento, já se percebia uma relação entre comportamento e dificuldades de aprendizagem, porém, sem uma aparente interlocução entre os modelos médico (que privilegiava o quadro comportamental) e pedagógico (que privilegiava o aspecto da aprendizagem) ou uma sobreposição do primeiro sobre o segundo (SCHWARTZMAN, 2001: 13).

Já na década de 70, publicações sobre a hiperatividade defendiam-na como excesso de atividade e como característica da infância que melhora com o passar dos anos e desaparece na adolescência. Em 1972, Virginia Douglas afirmou que os defeitos primários eram o déficit na manutenção da atenção e do controle do impulso, e não a hiperatividade. E Gabriel Weiss reconhece que a hiperatividade diminui com o passar dos anos, mas afirma que o déficit de atenção e de controle dos impulsos mantém-se até a fase adulta.

Nessa breve trajetória, percebe-se que cada vez mais os comportamentos e manifestações emocionais e corporais infantis “descontrolados” vão sendo considerados expressões de defeitos do indivíduo: defeito moral, distúrbio orgânico, lesão cerebral e, por fim, mau funcionamento cerebral. Novos estudos e novas teses vão criando um conjunto de sintomas - com características, tempo de duração e formas de suavizar sua manifestação – e de diagnósticos que legitimam a ideia de descoberta de uma nova doença e a difusão dos novos conhecimentos sobre ela. Tanto que, na década de 1960, houve uma rápida assimilação de seu diagnóstico pela sociedade estadunidense. Para Lima (2005), frente à crise econômica, política, familiar e de valores

tradicionais ocorrida nos Estados Unidos, após um período de prosperidade no pós-Segunda Guerra, e ao aumento do número de divórcios, suicídios e uso de tranquilizantes, houve uma forte demanda social, advinda da classe média, por explicações científicas para o mau comportamento infantil e adolescente e as dificuldades apresentadas por crianças e jovens no processo de aprendizagem. Quando essa demanda foi respondida por autoridades médicas e sanitárias, o problema passou a uma esfera individual, corporal, biológica, genética, que retirou da sociedade e dos pais a responsabilidade e a culpa pelos problemas com suas crianças e adolescentes (LIMA, 2005: 64). Contudo, não foi toda a sociedade estadunidense que desfrutou dessas explicações, uma vez que foram restritas às classes altas e médias, enquanto às populares ainda se dirigiam explicações preconceituosas e racistas.

Assim, desde muito cedo, as explicações sobre a DCM foram marcadas por constantes sociais vestidas de doenças, problemas biológicos e psicológicos, enfim, problemas individuais, “caprichos da biologia” que, ao mesmo tempo em que diferenciam os grupos sociais, por exemplo, desconsideram qualquer relação do problema com a estrutura social onde se difundem as classificações e diagnósticos psiquiátricos. Assim, não só as diferenças de classe, como o autor ressalta, devem ser retomadas por uma discussão sobre o TDAH como também a constituição familiar, a condição das escolas, entre outros fatores, mas, acima de tudo, a posição da criança nas sociedades, o que se espera e se exige delas.

O vínculo com a infância é enfatizado pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM) - o guia psiquiátrico que contém informações sobre os mais diversos transtornos mentais estudados e classificados -, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Segundo Poeta e Rosa Neto (2004), a segunda versão do manual (o DSM-II, de 1968) modificou o nome do problema para “Reação Hiperkinética da Infância”, o que revela a importância dada a essa fase já na nomenclatura do transtorno. O DSM-III (1980), por outro lado, expôs a infância como período de manifestação do transtorno apenas em suas explicações, mudando seu nome para “Distúrbio do Déficit de Atenção” (DDA) e incluindo um subtipo com e outro sem hiperatividade e estabelecendo a associação entre o distúrbio e a Ritalina® (LIMA, 2005), o medicamento mais conhecido no tratamento do transtorno. Poeta e Rosa Neto prosseguem: o DSM-III-R (revisão de 1987) adotou a denominação “Distúrbio de Hiperatividade

com Déficit de Atenção”³; a CID-10 (*Classificação estatística internacional de doenças e problemas relativos à saúde*, 10ª revisão, publicada em 1993 pela Organização Mundial de Saúde), “Transtornos Hiperkinéticos”; o DSM-IV (1994), “Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade”; e, por fim, o DSM-IV-TR (revisão de 2000) manteve o nome da edição anterior. Existem também os subtipos: tipo combinado, tipo predominantemente desatento e tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. Para Lima (2005), a inclusão de subtipos (especialmente a realizada no DSM-III em 1980) ampliou o alcance do distúrbio, uma vez que possibilitou o diagnóstico de mais crianças (tanto as excessivamente agitadas quanto as mais “calmas”, geralmente meninas) e de adultos, questionando, de certa forma, a exclusividade da infância na manifestação do transtorno (CONRAD, 2007).

Observa-se que até hoje existem discussões e controvérsias quanto ao nome dado ao transtorno e à implicação de cada uso. Por isso, na literatura e na mídia veem-se diferentes formas de tratá-lo: TDAH, TDA/H, TDA, DDA, ADHD (do inglês: *Attention deficit/hyperactive disorder*), Hiperatividade. Porém, independentemente da nomenclatura “correta”, do que se trata o transtorno atualmente?

1.2 - A descrição na literatura: sintomas, diagnósticos e tratamentos

Os manuais diagnósticos (DSM, CID e compêndios) são as principais fontes de informações sobre o TDAH e são baseados em pesquisas e na prática da grande maioria dos psiquiatras voltados ao transtorno. No entanto, as causas do TDAH ainda são obscuras e sujeitas a discussões bem como os sintomas e diagnósticos ainda bastante subjetivos, envolvendo queixas dos portadores e seus familiares, relatos de terceiros e a observação do profissional. Segundo Schwartzman (2001), embora a causa básica do transtorno ainda seja desconhecida, admite-se a existência de um importante componente genético, já que indivíduos diagnosticados como portadores de TDAH têm, habitualmente (em cerca de 75% dos casos estudados em pesquisas), parentes próximos com a mesma condição (SCHWARTZMAN, 2001: 44).

³ O trabalho de Lima (2005) apresenta uma diferença de informações quanto ao nome dado ao transtorno nas edições DSM-III-R e DSM-IV: no DSM-III-R (1987), o nome seria “Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade” e, no DSM-IV (1994), a denominação teria continuado a mesma, surgindo três subtipos: o predominantemente desatento, o hiperativo/impulsivo e o combinado.

No DSM-IV-TR (APA, 2002), privilegia-se a hipótese de que ocorram falhas em neurotransmissores (o que remete as causas do transtorno a um substrato biológico) responsáveis pela atenção, concentração e controle dos indivíduos – cuja consequência é a manifestação dos sintomas desatenção, hiperatividade e impulsividade -, combinadas com prejuízos secundários provocados pelo ambiente (como, por exemplo, ambientes desorganizados). Assim, Sadock e Sadock (2007) dividem a etiologia do transtorno em fatores genéticos (a existência dos sintomas em irmãos e pais biológicos de crianças diagnosticadas), fatores do desenvolvimento (infecções, intoxicações, danos ao sistema nervoso central e ao desenvolvimento cerebral durante os períodos fetal e perinatal), fatores neuroquímicos (disfunções nos sistemas adrenérgico e dopaminérgico), fatores neurofisiológicos (identificados por eletroencefalogramas – EEG -, tomografias computadorizadas – TC – e tomografias por emissão de pósitrons – PET) e fatores psicológicos (eventos psíquicos estressantes, ansiedade, rompimento da estrutura familiar, “demandas da sociedade para aderir a uma forma padronizada de comportamento e desempenho”) (SADOCK; SADOCK, 2007: 1305). Atualmente, percebe-se ao estudar o TDAH que há uma intensa busca por comprovações empíricas de suas causas, na tentativa de refutar os críticos que afirmam que o transtorno é mais uma invenção da modernidade. Essa questão da crítica ao TDAH ainda será apresentada neste capítulo.

O TDAH é definido como um transtorno mental caracteristicamente infantil pelo fato de se desenvolver no indivíduo antes dos sete anos de idade, embora seu diagnóstico possa ser estabelecido posteriormente. Esse transtorno pode ser diagnosticado por meio da observação de sintomas (desatenção, hiperatividade e impulsividade), identificados conjuntamente ou não, que se diferenciam de comportamentos comuns à infância por serem manifestações intensas, persistentes (em diferentes ambientes) e prejudiciais à vida social, familiar, acadêmica e profissional do indivíduo. Sendo assim, os prejuízos aos portadores são causados pela manifestação de sintomas.

No DSM-IV-TR (APA, 2002), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade encontra-se entre os “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência” e caracteriza-se, essencialmente, por cinco critérios:

A [o principal e mais característico] – padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento;

B – Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos;

C – Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou no trabalho);

D – Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos;

E – A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental - por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade (APA, 2002: 77).

A análise desses critérios indica que as crianças em que eles se apresentam destacam-se dentro de um grupo majoritário e mais ou menos padronizado em termos de desenvolvimento fisiológico, físico, intelectual e social, porque não condizem com o “funcionamento apropriado” que se espera delas. Essa inadequação, gerada pela manifestação do transtorno por meio de seus sintomas, é causadora de prejuízos, principalmente, nos processos de aprendizagem e de interação social.

Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. [...] Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar (Ibidem, p. 79-80).

Além dessas considerações técnicas sobre a identificação de crianças portadoras, o DSM, utilizando expressões e linguagem mais cotidianas, traz indicações comportamentais para desatenção - não prestar muita atenção a detalhes; cometer erros por falta de atenção e cuidado; fazer trabalhos confusos, sem meticulosidade ou consideração adequada; dificuldade de manter-se concentrado em atividades ou tarefas lúdicas e de terminar as tarefas; dar a impressão de estar em outro mundo, de não ouvir; mudanças entre tarefas inacabadas; não atender, frequentemente, a solicitações e instruções; dificuldade de organizar tarefas e atividades; aversão e reações de desagrado a tarefas que exigem esforço mental e dedicação constantes e prolongados, evitando-as; distração por estímulos irrelevantes; esquecer-se de tarefas diárias; mudanças frequentes de assunto; falta de atenção à fala dos outros; distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras de jogos ou atividades -, hiperatividade - inquietação e constante movimento na cadeira; correr excessivamente; subir em lugares inapropriados; dificuldade de brincar ou ficar

em silêncio durante o lazer; falar excessivamente; estar sempre “ligado”; manusear objetos inquietamente; bater com as mãos e balançar pernas e braços excessivamente; levantar-se durante a refeição ou a explicação do professor – e impulsividade - impaciência; dificuldade de esperar sua vez; responder precipitadamente; interrupção e intrusão em assuntos alheios; fazer comentários inoportunos; fazer palhaçadas; pegar objetos dos outros; envolver-se em acidentes e em atividades potencialmente perigosas, sem que haja consideração quanto às possíveis consequências - (Ibidem, p. 77-78).

Alguns exemplos de situações em que se pode perceber facilmente a existência de sintomas são: “escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas” (Ibidem, p. 78). Em atividades especialmente interessantes, contexto marcado pela rigidez, um novo contexto, quando recebe recompensas por um comportamento apropriado ou no consultório do médico, os sintomas podem ser reduzidos ou estar ausentes. Podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, ser “mandão”, teimosia, insistência excessiva, instabilidade de humor, desmoralização, disforia, rejeição por pares e baixa autoestima, realizações acadêmicas prejudicadas ou insatisfatórias, conflito com familiares e autoridades escolares (Ibidem, p. 79). Outros indivíduos podem interpretar esses comportamentos como preguiça, comportamento de oposição e irresponsabilidade. Assim, o manual já prevê algumas reações sociais negativas para com a criança com TDAH, incluindo discriminações e preconceitos.

Vale ressaltar o contraste dado pelo manual às formas de definir o transtorno e indicar seus portadores. Usa-se uma linguagem mais técnica e, ao mesmo tempo, um vocabulário popular, com expressões e gírias comumente utilizadas por leigos. Isso indica que, embora esse tipo de literatura seja dificilmente acessado por outros indivíduos que não profissionais de saúde ou acadêmicos, ele fornece ferramentas para que qualquer leigo possa reconhecer possíveis portadores. Além disso, a extensa lista de indicações comportamentais permite a inclusão de um grande número de crianças com diferenciadas manifestações sintomáticas.

A CID-10 (OMS, 2008), por outro lado, classifica o TDAH por meio de códigos, a fim de facilitar o registro de seu diagnóstico, e de um vocabulário técnico:

Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais

F90-F98 – Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.

- F90 – Transtornos hipercinéticos:
 - F90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção:
 - Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade
 - Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade
 - Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção
 - F90.1 – Transtorno hipercinético de conduta:
 - Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta
 - F90.8 – Outros transtornos hipercinéticos
 - F90.9 – Transtorno hipercinético não especificado:
 - Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE (sem outra especificação).
 - Síndrome hipercinética SOE

Existe também a classificação F98.8 (“Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência”), mais ampla, que inclui o déficit de atenção sem hiperatividade e outras manifestações, tais como comer unhas, enfiar os dedos no nariz, masturbação exagerada e sucção do polegar (Idem). Esse esquema classificatório é usado, por exemplo, em prontuários médicos para identificar o transtorno com o qual o paciente sofre.

No entanto, as classificações e critérios diagnósticos do DSM e da CID-10 (Ver ANEXO A) não são as únicas ferramentas de que os psiquiatras dispõem para identificar e diagnosticar crianças com TDAH. As informações obtidas de diferentes fontes (pais, parentes, monitores, professores, diretores, tutores etc.) para avaliar o comportamento da criança em diferentes ambientes, a realização testes de estado mental (como o de inteligência, em alguns casos), exames neurológicos, a aplicação de questionários às crianças, aos pais e aos professores (como, por exemplo, SNAP-IV e Escala de Conners) e a observação da criança em consulta são técnicas utilizadas concomitantemente. Mas a subjetividade desse conjunto de referências em que se baseia o diagnóstico, favorecida pela interpretação e sensibilidade do profissional, faz com que os psiquiatras sofram duras críticas, o que coloca a psiquiatria em posição de luta pelo reconhecimento legítimo de sua prática dentro das ciências médicas (objetivas).

Outro ponto importante no estabelecimento do diagnóstico de TDAH é a dificuldade de os profissionais diagnosticarem crianças menores de 5 anos, que ainda não atingiram a fase da vida em que se exigem atenção e concentração prolongadas e atividades complexas. Depreende-se dessa informação trazida pelo manual – e a interpretação é confirmada pelos profissionais em campo de pesquisa - que a entrada da criança na escola é um evento determinante para

encaminhamentos médicos e o estabelecimento de diagnósticos do transtorno, uma vez que representa o momento em que a criança é inserida em novas relações sociais e esquemas classificatórios, competitivos e de exigência de bons desempenhos sociais e acadêmicos. Estima-se que de 3 a 5% das crianças em idade escolar possuam o transtorno⁴, sendo ele mais frequente em meninos, em uma proporção, indicada pelo DSM-IV-TR, que varia entre 4 meninos para 1 menina e 9 meninos para 1 menina. Essa desproporção é bastante significativa e vem sendo analisada em estudos científicos, como o de Gershon e Gershon (2002): eles afirmam, com base em diversas pesquisas, que as meninas apresentam menos sintomas de hiperatividade e impulsividade e problemas externalizantes que os meninos, mas que, por outro lado, apresentam mais problemas de aprendizagem e internalizantes (como ansiedade e depressão). Para os autores, isso significa que os meninos são mais facilmente diagnosticados devido à clara percepção de seus comportamentos “disruptivos”, enquanto as meninas chamam menos atenção, especialmente dos professores em sala de aula.

Por fim, uma vez que se define o TDAH como um transtorno mental com causas neurológicas e genéticas e influências secundárias do meio, os tratamentos utilizados envolvem farmacoterapia e intervenções psicossociais. Os agentes farmacológicos que demonstram eficácia significativa, segundo o *Compêndio de psiquiatria* (SADOCK; SADOCK, 2007), são os estimulantes do sistema nervoso central, como as preparações de liberação curta e prolongada de metilfenidato (Ritalina®, Ritalina LA®, Concerta®, Metadate CD®, Metadate ER®), dextroanfetamina e combinações de dextroanfetamina e sal de anfetamina. O metilfenidato é o mais usado e é agente de curta duração, sendo administrado aos pacientes durante o horário da escola, “de modo que as crianças consigam prestar atenção às tarefas e permanecer na sala de aula” (Ibidem, p. 1309). As intervenções psicossociais, por sua vez, são ditas importantes para complementar o tratamento medicamentoso, pois ajudam a reestruturar o ambiente familiar da criança, a lidar com a situação e a melhorar a autoestima. Estão entre essas intervenções a psicoterapia, a orientação familiar e a terapia de grupo.

Em suma, mesmo dentro da psiquiatria, ainda existem dúvidas sobre as origens do TDAH, tratamentos mais adequados e nomenclaturas que melhor o definem. No entanto, outras críticas mais duras propõem o questionamento do TDAH, analisando-o como uma forma de controle e

⁴ Entende-se que essa estimativa refira-se à população estadunidense no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, embora o manual não traga essa explicação.

medicalização social e de estigmatização de indivíduos. Sendo assim, o embate não se dá apenas entre vertentes médicas objetivas e subjetivas, mas também entre profissionais e intelectuais que defendem a predominância do biológico e outros que propõem a manifestação do social no TDAH.

1.3 – Defesas, críticas e difusão do TDAH

Os conhecimentos e discussões sobre o TDAH têm se difundido por toda a sociedade brasileira, chegando, até mesmo, aos grupos sociais mais populares, com pouco acesso à internet, revistas ou jornais. E essa ampla difusão resulta não só de comentários de defensores da existência real do transtorno (MATTOS, 2007; POLANCZYK et al., 2007; SILVA, 2003), como também de seus críticos (CONRAD, 2006; LIMA, 2005; MOYSÉS, 2001; SZASZ, 1974) e do embate entre esses diferentes pontos de vista. O contato direto entre os pacientes e os médicos também promove a difusão do TDAH. Entretanto, este fator será explorado nas discussões sobre os resultados da pesquisa de campo.

Em geral, os autores que defendem o TDAH afirmam que ele é um transtorno genuíno, comprovado cientificamente e que dispõe de critérios diagnósticos objetivos. Ainda no grupo dos defensores do TDAH, podem-se citar grupos de autoajuda (como a Associação Brasileira de Déficit de Atenção) e comunidades de redes sociais que defendem não só a existência do transtorno, mas também os direitos de seus portadores. Por outro lado, os críticos questionam a “verdade” científica sobre o TDAH ao apontar questões sociais, culturais, históricas, políticas e econômicas em que se baseia o fenômeno. Nessas reflexões críticas, aparecem discussões e análises sobre os processos de biologização e medicalização, que significam a assimilação de questões cotidianas da vida dos indivíduos pelas ciências médicas e biológicas e sua transformação em problemas do corpo e da mente humana. Há ainda outros profissionais e estudiosos (SCHWARTZMAN, 2001) que, ao mesmo tempo em que difundem os conhecimentos e discursos científicos sobre o TDAH, apontam (mas não aprofundam) questionamentos sobre a influência da sociedade no transtorno.

Em um evento sobre temas da adolescência, o TDAH foi abordado por uma médica psiquiatra como

o atual rótulo diagnóstico usado para denominar significativos problemas apresentados por crianças quando há desatenção, impulsividade e atividade excessiva. Então essa é a tríade sintomática do TDAH. Ela representa uma das razões mais comuns para o encaminhamento a médicos e profissionais de saúde mental [...] e é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na infância. [...] Há um aumento dramático das taxas de tratamento medicamentoso para crianças, especialmente o uso de estimulantes, o que tem chamado muito a atenção e tem sido objeto de críticas de uma série de áreas, especialmente cientistas sociais, que começam a questionar a existência desse diagnóstico: será que é um diagnóstico realmente ou será que é a medicalização de uma determinada condição? [...] a gente tem acumulado uma literatura, evidências, que permitem a gente dizer que TDAH existe enquanto uma condição médica, tá, ele está associado a diversos riscos e comprometimentos evolutivos, cognitivos, acadêmicos e de saúde. A questão é que talvez a coisa seja um pouco, não seja tão grande quanto se queira colocar (Informação verbal)⁵.

A profissional apresenta o TDAH em três pontos principais: 1) seus sintomas; 2) como motivo comum de encaminhamentos a profissionais de saúde mental; e 3) transtorno da infância; estando os três associados ao aumento do uso de psicoestimulantes e a críticas. Também é interessante notar o uso da palavra “rótulo” (diagnóstico) para definir o TDAH, o que cria uma imagem de etiquetas colocadas em crianças diagnosticadas para classificá-las como portadoras de um problema e, em consequência, posiciona a criança (e a infância) como tema central no debate. Assim, refletido ou não, o próprio uso do termo já implica críticas. No entanto, a palestrante defende a prática psiquiátrica diagnóstica, que considera o TDAH um transtorno mental genuíno, ao afirmar que existe um elevado número de trabalhos publicados e evidências empíricas para inferir que o TDAH é um problema (ou condição) médico, no caso, um transtorno mental. Aceita, por outro lado, que os medicamentos possam estar sendo usados em excesso ou em casos desnecessários, apontando, então, a ideia de medicalização.

O psiquiatra Szasz (1974), por sua vez, critica a atuação dos profissionais de sua área e a existência do que se chama de doença mental, pois, para ele, ela não existe, é um mito: existem doenças como o câncer, o diabetes, a malária, enfim, alterações anormais no organismo, mas tratar sofrimentos psíquicos ou incapacidades de lidar com problemas como doenças mentais significa esconder os interesses políticos e morais da psiquiatria⁶. O acadêmico afirma que o

⁵ Informação obtida no evento “Jornada de Adolescência: adolescente, família e sociedade”, organizado pela empresa Logística em Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica S/A (L’EPEDIC) e realizado no Salão Vermelho da Prefeitura de Campinas em 14/11/2009.

⁶ Da mesma forma que existem críticos veementes, há defensores igualmente enérgicos. O psiquiatra Paulo Mattos (TDAH..., 2009a, 2009b, 2009c), por exemplo, difunde a ideia de que o TDAH não traz benefícios para as

TDAH é apenas mais um rótulo usado pela psiquiatria para estigmatizar e controlar as pessoas (por meio do diagnóstico) e envenená-las (por meio da medicação), uma vez que compreende que o comportamento - ou o mau comportamento - não caracteriza uma doença, inexistindo exames objetivos ou uma ciência objetiva que se encarregue dele (DR. THOMAS..., 2006).

No sentido do controle individual e social, Conrad (1992) sustenta que a tecnologia do controle social médico está associada ao processo de medicalização, em que os problemas não médicos são transformados em problemas médicos e “tratados” única e legitimamente pelos conhecimentos e práticas médicas, recorrendo em benefícios garantidos juridicamente a seus portadores (por exemplo, no caso do TDAH, crianças e adolescentes diagnosticados não podem ser reprovados na escola).

A difusão desse “controle social médico” já é visível no cotidiano dos indivíduos. Em uma busca rápida na internet, em páginas eletrônicas de jornais, de busca e de relacionamentos, foram encontradas 27 notícias⁷, entre 17/09/2002 e 04/12/2009, que mencionam o TDAH e seus assuntos variam entre as consequências de um diagnóstico errado, a inclusão de novos subtipos e novas doenças mentais nas “bíblias” psiquiátricas, o aumento do número de diagnósticos, o aumento do número de usuários de medicamentos destinados ao tratamento do TDAH, o que pode ajudar a minimizar os sintomas do transtorno, a “febre” da “droga da obediência”, a alta de ações de empresas farmacêuticas que produzem/produzirão medicamentos para o TDAH, os principais sintomas do transtorno e os fatores que podem aumentar o número de portadores; 50 matérias sobre o transtorno, desde 24/11/1998 até 28/01/2010, sobre os mesmos temas, acrescidos de propagandas de livros sobre o TDAH; 12 notícias veiculadas entre 17/05/2010 e 07/03/2011, expandindo os vínculos do TDAH ao uso de Ritalina® por jovens em festas, a manifestação do transtorno em adolescentes, a busca por um exame diagnóstico preciso e as causas oriundas do uso de pesticidas e da divulgação de informações utilitárias e de forma rápida pela internet e videogames; tópicos e comunidades de discussão⁸ sobre TDAH, incluindo a

peças e que, devido a seus prejuízos (tais como aumento nos acidentes de trânsito, maiores taxas de divórcio, reprovação na escola, castigos etc.), deve ser diagnosticado e tratado.

⁷ As pesquisas em páginas eletrônicas citadas são superficiais e referem-se, respectivamente, à página eletrônica *Folha Online*, em março de 2010; à *Folha Online*, em março de 2010, sobre notícias divulgadas no jornal *Folha de São Paulo*; e à *Folha Online*, em março de 2011.

⁸ Pesquisas superficiais realizadas no Orkut e Twitter.

publicidade de formas de tratamento e clínicas especializadas, a legitimação da psiquiatria como responsável por seu diagnóstico e cuidado e o transtorno como uma identidade (“Sou TDAH”)⁹.

Outras agências de divulgação e defesa dos portadores de TDAH são os grupos de apoio para pais e portadores de TDAH, entre eles a estadunidense Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD) e a brasileira Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), que promovem palestras, cursos e encontros, disponibilizando informações gerais sobre o que é o transtorno, seu diagnóstico e tratamento, testes autoaplicáveis, textos, vídeos, atualizações científicas e notícias da mídia e orientações gerais sobre onde procurar ajuda. É interessante notar que a ABDA tem como parceiros as empresas farmacêuticas Janssen-Cilag Farmacêutica (fabricante do Concerta®) e a Novartis (fabricante da Ritalina®) e o Centro de Neuropsicologia Aplicada (CNA). Já em sua página eletrônica, são publicados depoimentos de portadores, textos explicativos e notícias, entre eles, a “Carta de Princípios da ABDA”, que reafirma os fundamentos científicos do TDAH, as responsabilidades e os direitos dos portadores (crianças, adolescentes e adultos), familiares, profissionais de saúde, educadores e da mídia (Ver ANEXO B).

Observa-se que, em todos esses meios informativos, os conhecimentos e direitos referentes ao TDAH são amplamente divulgados para que todos os indivíduos, portadores ou não, tenham conhecimento de sua existência. Há vários grupos que discutem experiências pessoais e conhecimentos científicos acerca do transtorno, mostram a responsabilidade de todos em relação ao TDAH e propõem formas de lidar com os portadores, alertando-os para a seriedade do problema, mas também procurando acalmá-los, já que o transtorno tem tratamento. O que não se observa nessa difusão da “verdade” sobre o transtorno são questionamentos sobre sua naturalidade e de seu tratamento e sobre a intervenção médica e da indústria farmacêutica na vida dos indivíduos, rechaçando qualquer tipo de crítica ao TDAH, como se elas constituíssem calúnias e desconhecimento do sofrimento causado pelo transtorno a serem varridos da realidade.

Refletindo sobre o tema, Schwartzman (2001) abre um espaço para a relação do TDAH com a sociedade atual em que vivemos quando questiona se boa parte das crianças diagnosticadas

⁹ Para Lima (2005), o TDAH é uma categoria identitária difundida em toda a sociedade, através dos meios de comunicação, e que reúne indivíduos envolvidos com o transtorno e que se identificam com suas características. Essa (re)construção identitária o autor chama de “bioidentidades” ou, no caso das “doenças”, “bioidentidades patológicas”. Nesse sentido, Silva (2003) afirma que não se tem DDA, se é DDA, o que define o distúrbio como uma característica do indivíduo com vantagens e desvantagens.

como hiperativas não representaria frutos de uma sociedade que impõe a seus membros um ritmo de vida e de recepção de informações “alucinante”. Não questiona o TDAH em si, mas sim o elevado número de diagnósticos que, entre outras consequências, resulta na “identificação de novos padrões comportamentais, que são induzidos pela sociedade em certos momentos e não aceitos em outros” (SCHWARTZMAN, 2001: 70). Mesmo sem chegar a uma consideração mais efetiva sobre a relação entre TDAH e sociedade, o autor pondera o “biologismo” do TDAH e aponta uma hipótese de cunho cultural e social para o fenômeno: mudanças na sociedade influenciariam mudanças comportamentais em alguns indivíduos e a aceitação social ou não desses comportamentos. Um médico psiquiatra entrevistado também propõe esse pensamento:

Veja os desenhos animados, o quanto de estímulos você tem, principalmente os americanos. Impressionante. Um bombardeio constante de estimulação. Essa criança que fica superestimulada, as pessoas falam que ela tem TDAH. Tem isso também. Eu acho que o padrão cultural que nós vivemos hoje é de bombardeamento de estímulos. Veja uma sociedade rural, há 300 anos atrás, aquela vida que tinha uma, um ritmo totalmente diferente. É possível que tenha menos TDAH lá? É possível. Então, acho que tem uma modulação forte do ambiente social, cultural, o quanto é difícil você medir (Médico psiquiatra 2)¹⁰.

Assume-se que a cultura e o ambiente social influenciam o transtorno, mas ainda constituem-se como secundários em relação aos fatores genéticos e biológicos¹¹. Não se refuta a existência do TDAH, mas se chama a atenção para o fator “sociedade”. Nessas passagens, mostra-se que a categoria TDAH é aplicada sem reflexões profundas, abrangendo tanto os casos da existência real de uma “doença” quanto os casos que refletem a estrutura, as mudanças e o dinamismo da sociedade. É por esse motivo que o TDAH torna-se tão interessante às Ciências Humanas. Contudo, vale destacar que essas ponderações enfocam a influência social e cultural na modificação dos comportamentos, deixando ainda de lado a consideração de por que certos comportamentos infantis são redefinidos como patológicos. Nesse sentido, outro psiquiatra entrevistado sugere uma reflexão:

¹⁰ Dados da pesquisa. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 08/04/2010.

¹¹ Alguns autores buscam refutar qualquer tipo de influência cultural e justificá-la como intervenção na escolha de métodos de pesquisa (POLANCZYK et al., 2007).

Imagina que venha um extraterrestre, ele vem de Marte, e ele fale assim: eu vou fazer um trabalho de observação das crianças nesse serviço e este extraterrestre de volta faz um relatório: olha, naquele planeta, é tudo muito estranho, porque a maior parte das crianças fica sentada 6 horas por dia numa sala de aula em grupo prestando atenção no que um professor só fala, e só param uma ou duas vezes na manhã para fazer um intervalinho rápido e depois eles voltam. São crianças que com 7 anos aprendem a fazer conta de matemática. Aqui em Marte não é assim. Aqui em Marte, as crianças com 7 anos estão brincando na rua. Se essa criança estivesse aqui em Marte, a gente ia dar o diagnóstico para ela de “Síndrome da Criança que Aprende Matemática”, “Síndrome da Criança que Aprende a Falar Inglês”, “Síndrome da Criança que Consegue Se Concentrar” e aí a gente ia fazer um exame de neuroimagem para mostrar todas as diferenças que o cérebro da criança tem em relação às outras que são “normais”, entre aspas, aqui em Marte, porque essas crianças normais aqui em Marte não aprendem matemática e inglês com 7 anos. Então, a gente ia encontrar operações na neuroimagem que se a gente fizesse um cariótipo ou um exame genético, a gente ia ver quais são as diferenças entre essas crianças e aquelas que aqui a gente chama de normais (Médico psiquiatra 1)¹².

Ele coloca em questão o vínculo entre as características sociais, culturais e contextuais de uma sociedade e as construções criadas para entender uma realidade, porém sem se desvincular das ideias de síndrome e exames. Em outras palavras, o informante mostra a padronização dos comportamentos e a necessidade de que os indivíduos enquadrem-se nela, pois, caso contrário, eles são classificados como doentes. Isso porque o padrão não se altera para a inclusão do diferente, mas, ao contrário, o diferente deve ser adaptado ao padrão. No entanto, percebe algo bastante interessante: “TDAH”, “normal” e “patológico” são modelos construídos para analisar um fato, um grupo ou um indivíduo inserido em uma realidade maior: uma sociedade particular, com suas regras e seus grupos, com exigências e expectativas para seus membros. Sendo assim, ele chama atenção para a necessidade de compreender os significados desses construtos.

Nesse sentido, a professora Maria Aparecida Moysés (2001), crítica do TDAH e da medicalização da aprendizagem, propõe “a necessidade de uma ruptura epistemológica, que nos permita tecer novas formas de olhar o mundo e as pessoas [...] em toda sua individualidade e sua totalidade, como sujeitos históricos [...]” (MOYSÉS, 2001: 257). Sua intenção é desnaturalizar as doenças, os transtornos e as dificuldades escolares de crianças e adolescentes, tidas como consequências de disfunções cerebrais, má formações, enfim, de defeitos inatos do corpo e da mente desses indivíduos, e chamar a atenção para outros elementos a sua volta: a família, a

¹² Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 28/10/2009.

escola, a cultura, a economia, ou seja, a sociedade e suas instituições. Esses indivíduos, para a autora, não são anormais; estão apenas institucionalizados¹³.

Para Lima (2005), a evidência do postulado biológico na origem do TDAH exclui as reflexões sobre as influências do campo moral, da organização familiar e escolar e da sociedade nos comportamentos, o que populariza o transtorno, convence os indivíduos e recria suas experiências e relações pessoais (LIMA, 2005: 97). Assim, todos os profissionais, estudiosos e sujeitos envolvidos com o transtorno, sejam eles críticos, defensores, figuras centrais ou meros expectadores, têm algo a dizer sobre o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso, abrindo brechas para um novo olhar sobre o tema.

1.4 – As brechas para questionamentos

A análise dos manuais, discursos e práticas psiquiátricos, dos embates entre defensores e críticos e da difusão e abrangência do TDAH na sociedade brasileira, assim como fatores como a nomenclatura “defeito no controle moral”, passando pela difusão do termo e da prática do “aprimoramento social” obtido por meio do uso de medicamentos, até a elaboração de lista de indicações comportamentais, trazida pelo DSM, que traça o perfil das crianças com TDAH e define certos comportamentos infantis como inadequados (aqueles que desafiarão uma moralidade socialmente construída), permitem encontrar brechas para novos olhares acerca do tema.

Além disso, a elaboração de um quadro diagnóstico e de saberes e discursos especializados a partir dessas “imoralidades” infantis permite questionar se haveria uma mudança de perspectiva, indo do social ao biológico e, conseqüentemente, do leigo à legitimidade científica para lidar com desempenhos sociais, morais e escolares abaixo das expectativas impostas às crianças transvestidos de sintomas de um transtorno mental.

Desse modo, não surgem somente questões a serem exploradas, mas também – e principalmente – indivíduos a serem ouvidos. Destacam-se sujeitos, tais como profissionais de saúde, em especial médicos psiquiatras e psicólogos, professores, pais e crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH; fenômenos como a medicalização social, a estigmatização, a

¹³ Com esse termo, Moysés se refere aos mecanismos de poder e às instituições sociais que assumem o controle dos indivíduos com o objetivo de torná-los úteis aos seus fins, classificando os “bons” e os “maus” indivíduos.

patologia, o controle de comportamentos e a infância; e questões que orientaram o desenvolvimento da pesquisa e da presente dissertação: por que tantas crianças vêm recebendo intervenções medicamentosas para problemas comportamentais? Por que o estigma está presente em relações e interações sociais entre crianças ditas normais e crianças diagnosticadas? O que se espera e se exige das crianças hoje (mas que criança é essa)? Essas expectativas e exigências têm conexão com o TDAH? O que significa o uso de medicamentos para os diferentes sujeitos? Como é possível interpretá-lo? Afinal, o que está realmente em jogo no TDAH?

CAPÍTULO SEGUNDO

ESCOLHAS E DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Algumas pessoas se espantaram quando tomaram conhecimento do objetivo desta dissertação e questionaram se esse não seria um trabalho para pesquisadores em educação, psicologia ou saúde. Não compreendiam como a sociologia poderia dar conta do TDAH e de seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso, imputando, mesmo que sem intenção, distâncias e delimitações entre diferentes disciplinas, sendo umas consideradas mais aptas à empreitada do que outras. Essas reações serviram como um alerta para a necessidade de se fazer uma pesquisa que não reproduzisse essa tendência de especialização, mas que abrisse espaço para diferentes pontos de vista. Assim, embora assumindo um olhar sociológico, entendi que era preciso não só ouvir, observar e anotar, mas também tentar colocar-se no lugar do outro a fim de propor interpretações sobre o fenômeno analisado. E a escolha metodológica tem importante papel nessa tarefa.

Além da interdisciplinaridade como elemento essencial nesse trabalho metodológico, o que exige do pesquisador uma escolha eclética de seus métodos (TURATO, 2003), é preciso realizar escolhas que permitam sua inserção no mundo do TDAH, de seus sujeitos, conhecimentos e discursos. Desse modo, pergunta-se: quem são os sujeitos deste estudo? Onde se realizará a pesquisa? E qual é a melhor combinação de métodos e técnicas para abordar os diferentes sujeitos e atingir o objetivo da pesquisa?

2.1 – O campo e os sujeitos

O Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP mostrou-se um lugar onde foi possível obter informações sobre o TDAH e os indivíduos a ele relacionados. Mas sua escolha não foi aleatória: ela se deu devido à experiência anterior, vivida em 2006, apresentada na introdução desta dissertação e que permitiu o contato com o local, seus responsáveis e funcionários, as crianças e o TDAH.

O ambulatório é composto por um espaço físico bastante limitado, tendo em vista a demanda da comunidade (cidade de Campinas e região) por atendimento. Destacam-se o saguão, as salas de consulta, a sala de reunião dos médicos, professores, alunos e pesquisadores, e a “sala

de espera”. O saguão, amplo, iluminado e repleto de cadeiras, destina-se à espera pela consulta e é compartilhado por outros ambulatorios e pacientes do hospital. Esse é o principal lugar onde pais e os responsáveis pelas crianças conversam e trocam experiências. As salas de consulta, dispostas em um longo corredor, são restritas ao médico responsável, aos pais e à criança paciente para conversas, explicações, diagnóstico e prescrição de medicamentos. Muitas vezes, alunos e pesquisadores acompanham as consultas como parte do processo de aprendizagem. A sala de reuniões destina-se, exclusivamente, aos profissionais, alunos e pesquisadores para que troquem informações e experiências e se difundam conhecimentos. E, por fim, a “sala de espera” é o local destinado às crianças, onde os “tios”¹⁴ oferecem material lúdico e sugerem atividades recreativas para as crianças que aguardam atendimento (Figura 1).

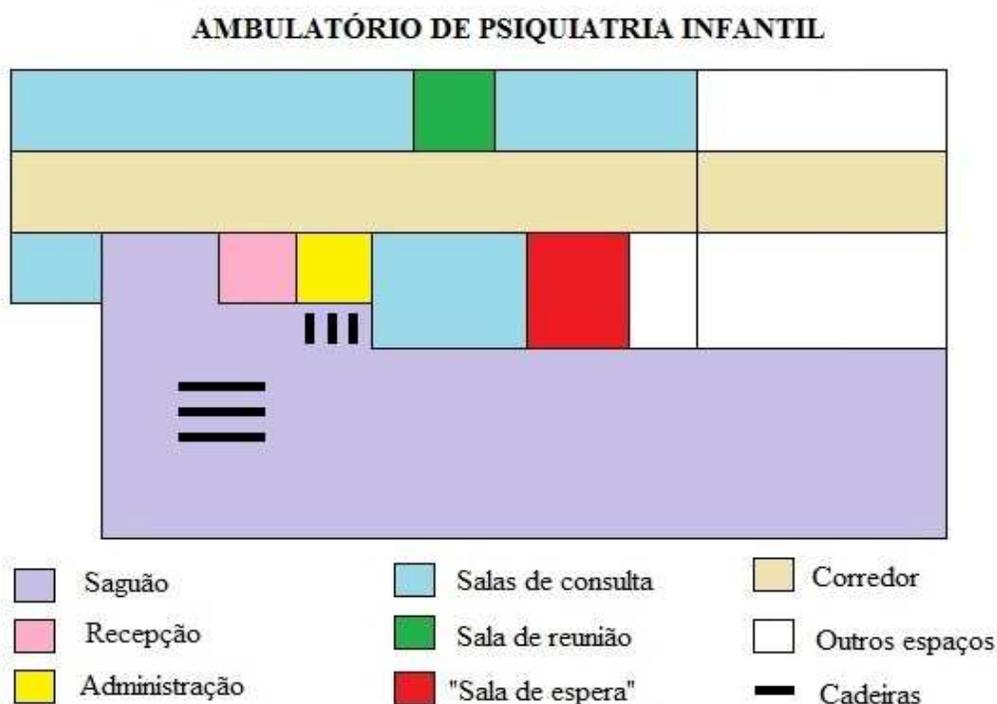


Figura 1: Mapa dos principais espaços do Ambulatório de Psiquiatria Infantil do H. C. da UNICAMP.

O campo agrupa uma grande variedade de indivíduos: professores e “chefes”, residentes em psiquiatria, psicólogos profissionais, alunos de cursos de psiquiatria e psicologia,

¹⁴ Esses responsáveis pela atenção às crianças dentro da sala, chamados de “tios” ou “professores”, são alunos de graduação que aderem à proposta de levar atividades infantis lúdicas e variadas aos pacientes, sendo esse trabalho monitorado por alguns psicólogos e por psiquiatras responsáveis pelo ambulatório.

funcionários, especialistas de outras áreas da saúde, pais e crianças. No entanto, foi feito um recorte para as observações no local e as entrevistas, conforme o seguinte raciocínio: se o TDAH é considerado um transtorno mental caracterizado por seu surgimento durante a infância, o primeiro sujeito que se destaca é a criança; sabendo-se que a criança vive dependentemente dos adultos, os pais (ou representantes legais), representando os adultos mais próximos e que vivem cotidianamente o TDAH, devem também ser ouvidos; e há uma convenção socialmente aceita de que o responsável pelo cuidado com transtornos mentais é o profissional de saúde, mais especificamente o psiquiatra. Assim, têm-se como sujeitos da pesquisa as crianças, os pais e os profissionais de saúde, selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- Crianças: a) Inclusão: crianças entre seis e doze anos de idade, com diagnóstico de TDAH, sem retardo mental moderado ou grave e acompanhadas de pais ou responsáveis legais com capacidade de fornecer informações sobre o histórico da criança, que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); b) Exclusão: crianças com retardo mental moderado ou grave e/ou acompanhadas de pais ou responsáveis legais com dificuldade de fornecer informações adequadamente; ou crianças que estejam fora da faixa etária estabelecida.
- Pais e responsáveis legais: a) Inclusão: ter aceitado, compreendido plenamente e assinado o TCLE e ser capaz de fornecer informações sobre o histórico da criança; b) Exclusão: não aceitar ou não compreender plenamente o TCLE e/ou não ser capaz de fornecer informações sobre o histórico da criança.
- Profissionais de saúde: a) Inclusão: psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde atuantes no Ambulatório de Psiquiatria Infantil que tenham familiaridade com os casos de TDAH, que sejam especialistas no diagnóstico e tratamento do transtorno, que aceitem fornecer informações sobre os casos e que assinem o TCLE; b) Exclusão: outros profissionais que não tenham conhecimento dos casos e não tenham afinidade com o diagnóstico e o tratamento do TDAH e médicos que não aceitem colaborar com a pesquisa¹⁵.

¹⁵ Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos e dentro de um hospital, seu projeto, os critérios informados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - ver APÊNDICE B - foram exigidos, avaliados e

Os professores são sujeitos em potencial para esse tipo de pesquisa, já que estão em contato cotidiano com as crianças e o TDAH. No entanto, o ponto de vista desses profissionais foi assimilado indiretamente, por meio de relatos dos sujeitos principais ou de cartas e relatórios enviados por professores a pais ou médicos. Essa restrição se deu devido ao fato de que, para realizar entrevistas com educadores e visitas às escolas, seriam necessárias autorizações das instituições e da Secretaria de Educação. Como cada criança mora e estuda em uma cidade diferente, haveria necessidade de obter diversas autorizações, o que demandaria muito tempo.

Os atendimentos no ambulatório são realizados por residentes em psiquiatria, orientados por psiquiatras mais experientes na prática e docência e vinculados à universidade. Assim, o ambulatório é, além de um espaço de atendimento de pacientes, um local de aprendizagem. Por se tratar de um serviço de referência regional (e também nacional) ligado ao Sistema Único de Saúde, recebe uma elevada demanda de encaminhamentos, atendendo somente um restrito número de pacientes em comparação ao de indivíduos que desejam ser beneficiados pelo serviço. De modo geral, as famílias atendidas no referido ambulatório fazem parte de grupos sociais chamados no meio de “SUS-dependentes”, porque não dispõem de recursos financeiros para adquirir serviços psiquiátricos ou psicológicos particulares ou para se filiar a convênios médicos que cubram esses gastos. São provenientes de Campinas, onde se situa o ambulatório, e de cidades próximas, tais como Sumaré, Hortolândia, Santa Bárbara d’Oeste, Mojimirim, Caconde, Socorro, entre muitas outras, incluindo algumas do estado de Minas Gerais.

2.2 - As opções metodológicas

Para abordar um tema relativamente novo nos estudos sociológicos e abranger os diferentes sujeitos, foi necessário combinar a pesquisa bibliográfica com a pesquisa empírica. Buscaram-se literaturas especializadas que tratassem o TDAH, definindo suas características e as formas de detectá-lo e tratá-lo, e que problematizassem tanto o transtorno quanto seu tratamento medicamentoso e um quadro teórico sociológico que embasasse reflexões e interpretações.

Ainda durante a elaboração do projeto, planejou-se uma pesquisa que envolvesse diretamente os sujeitos, mas foi a ida ao campo propriamente dita o momento em que se

aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (CEP/FCM) sob o parecer nº 694/2009, em setembro de 2009.

compreendeu quais deveriam ser as estratégias de trabalho. Portanto, desde o início, foi a experiência, a observação e a convivência com os sujeitos que direcionaram o conhecimento, levando a um método qualitativo específico: a etnografia que, segundo Lévi-Strauss (1996), “[...] consiste na observação e análise de grupos humanos considerados em sua particularidade, e visando à reconstrução, tão fiel quanto possível, da vida de cada um deles” (LÉVI-STRAUSS, 1996: 14). E que, de acordo com Turato (2003), engloba um conjunto de técnicas (entre elas, observação participativa, entrevistas e análise documental) pelas quais se interpreta, a partir do ponto de vista dos sujeitos originários de um determinado campo, conhecimentos, vínculos sociais, códigos de crença etc., cuja construção e essência muitas vezes não são percebidas pelos próprios sujeitos (TURATO, 2003: 279).

Sendo assim, a pesquisa etnográfica exige do pesquisador a sensibilidade para apreender a singularidade dos indivíduos ou grupos estudados, expressa em suas intenções, discursos, rotinas, gestos e emoções. O observador insere-se em um novo mundo e participa dele, apreendendo suas regras e relações e interpretando-as a partir do ponto de vista do outro, do indivíduo encontrado nesse novo ambiente. Nesse sentido, o acesso ao ambulatório justificou-se pelo fato de que o local representava para mim um mundo novo, uma cultura nova, composto por relações e hábitos ainda estranhos. A investigação, porém, não se limitou ao estudo das singularidades, dedicando-se também à análise das influências mútuas entre elas. Ou seja, por meio da metodologia adotada, verificaram-se os modos como um determinado fenômeno - o TDAH - é compreendido e explicado por cada grupo - profissionais de saúde, pais e crianças -, com experiências, conhecimentos e histórias de vida diferentes, em um espaço delimitado - o ambulatório -, e as distâncias e proximidades entre esses modos, como elas ocorrem e quais são suas relações com o contexto em que se encontram os indivíduos.

Nesses encontros e desencontros, doença, saúde e cura aparecem como elementos comuns, mas abordados de modos diferentes. Segundo Laplantine (1994), esses elementos devem ser tratados como fenômenos sociais e entendidos em sua complexidade, em sua relação com a multiplicidade de aspectos com os quais eles se relacionam, uma vez que não são coisas dadas, naturais, mas assumem diferentes significados para cada indivíduo, em cada contexto e em cada cultura. Esse mesmo sentido é defendido por Minayo (2000) para a realização de estudos qualitativos em saúde. Tal pesquisadora afirma que saúde e doença são fenômenos clínicos e sociais vividos culturalmente e experimentados tanto no corpo individual quanto no corpo social,

envolvendo “uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados” (MINAYO, 2000: 15).

No caso do TDAH, a perspectiva etnográfica é importante porque, a partir do ponto de vista daqueles que vivenciam o transtorno, é possível compreender as relações entre ele e a sociedade, sua historicidade e a de seus conceitos, como os fenômenos a ele relacionados são apreendidos pelos indivíduos, como outras perspectivas transformam essas compreensões; e, portanto, compreender por que o TDAH não representa simplesmente disfunções cerebrais, mas possui *significados*.

É preciso, no entanto, tomar certos cuidados: nos métodos qualitativos, o pesquisador (com sua personalidade, experiências e relações) é seu próprio instrumento de trabalho e, tendo como objeto de estudo outros seres humanos, ele está exposto, a partir do exame da vida dos demais, à revisão de sua própria vida (BLEGER apud TURATO, 2003: 258). Isso significa que o pesquisador deve estar atento às suas abordagens a fim de evitar que suas crenças, ideias, sentimentos e desejos influenciem as considerações dos informantes, assim como deve manter-se distanciado de um desejo de ajudá-los a resolver seus conflitos e problemas, de dar-lhes sugestões ou conselhos. Entretanto, a afirmativa coloca as seguintes questões: é possível que, em interação, os indivíduos não se influenciem mutuamente, mesmo que mínima e desigualmente? Quais são as consequências dessa interação nos resultados e interpretações obtidas durante a pesquisa? Somente a experiência poderá fornecer respostas.

As escolhas e delimitações metodológicas, do campo e dos sujeitos colocam a multiplicidade de pontos de vista como elemento central a ser explorado. Além da entrada em um novo mundo, se lida com relações complexas entre adultos e crianças, sendo que estas são, apesar de atores principais, muitas vezes tratadas pelos primeiros como indivíduos em formação, sem habilidades para fornecer informações coerentes e úteis. Assim, como trabalhar com as crianças a fim de permitir-lhes a livre expressão de seu ponto de vista? E como se desprender de tais ideias pré-concebidas? Corsaro (2005), baseado em experiências próprias como pesquisador que trabalha com crianças, relatou algumas técnicas que utilizou para obter informações relevantes das crianças: conquistar a confiança da criança, tornar-se um adulto amigo, um adulto que não transmite a imagem de hierarquia e de autoridade. Revelou também que a entrada no campo disponibiliza uma grande e complexa quantidade de informações que, no decorrer das observações e anotações, vão sendo filtradas. Partindo de uma observação geral dos

acontecimentos, a fim de dar “um sentido geral às coisas”, passou a detalhes mais particulares, entre eles a forma como os adultos interagem com as crianças, o que lhe permitiu observar que “*os adultos eram principalmente ativos e controladores em sua interação com as crianças*” (CORSARO, 2005: 447. Grifo nosso).

Esse relato faz um alerta essencial aos pesquisadores que trabalham com crianças: não basta sentar ao lado delas e disparar inúmeras perguntas, porque elas não são adultas e não agirão como tais. A maioria dos adultos, porém, não compreende isso, já que eles se esquecem de que um dia também foram crianças e esperam que elas ajam e se comportem como eles ao relatar suas experiências e respondam prontamente às perguntas. Além disso, os adultos não se envolvem completamente nas brincadeiras das crianças: eles não entram na casinha de bonecas, não usam os brinquedos do parquinho, não brincam na caixa de areia. “Os adultos querem iniciar conversas com crianças, mas não se sentem à vontade com as respostas mínimas das crianças e sua tolerância para o que (para os adultos) parecem longos silêncios” (Ibidem, p. 448). De modo geral – e não só nas pesquisas científicas como também, e principalmente, nas interações e relações cotidianas – os adultos tentam controlar o mundo infantil, impondo regras, expectativas e comportamentos esperados.

O ambulatório não possibilita uma grande amplitude de atividades lúdicas, devido à falta de espaço e materiais, mas se observa ali que os adultos estabelecem quais são as atividades possíveis na sala e pouco se envolvem com as particularidades do mundo infantil. Há, portanto, uma clara determinação do mundo infantil (suas regras e suas características) feita pelo mundo adulto. Essa constatação tem grande relevância na análise e na compreensão do TDAH e deve ter especial destaque no que tange a pesquisa qualitativa com crianças para que o pesquisador não seja vítima de visões unilaterais.

Tendo em consideração a necessidade de técnicas cuidadosas para trabalhar com crianças, pensa-se em dois elementos que remetem à infância: o brincar e o desenho. Signo da criança, o brincar revela suas relações com o mundo e com os indivíduos que a cercam, as informações que ela recebe desse meio e como ela as reinterpreta e lhes dá sentido. O mesmo ocorre com o desenho, que se caracteriza por uma forma de linguagem carregada de simbologias e mensagens que nem sempre estão explícitas. Assim, é de extrema importância saber que tanto a brincadeira quanto os desenhos são contextualizados - produzidos por indivíduos que vivem em determinada

cultura, determinada sociedade, em determinada família e relacionam-se com determinadas pessoas.

Delgado e Müller (2005) afirmam que a criança é um ator social que produz culturas que, no entanto, não se originam em um vazio social. Isso significa que ela faz parte da sociedade e dos processos de socialização; que ela tem particularidades, mas também que faz parte de outro grupo: o dos adultos, pois são eles que lhe impõem as regras a serem seguidas. Nesse ponto, família e escola assumem papéis fundamentais, já que é por meio delas que os adultos transmitem às crianças as tradições, os preceitos morais e as regras sociais a serem respeitadas. Para Mèredieu (2006), a escola é um ambiente onde o pensamento infantil é modificado, ordenado e classificado e as diferenças são niveladas. À criança são impostos “modelos e tipos de conduta, erigindo assim a exemplaridade em norma absoluta” (MERÈDIEU, 2006: 102). Portanto, é essencial que aquele que interpreta o desenho infantil esteja atento às influências do mundo adulto nas expressões da criança, para que não se prenda a uma visão unilateral e, portanto, falseada. O analista deve conhecer os estágios de evolução do grafismo infantil e saber que alguns elementos, como a escolha das cores, dos traços, dos formatos e da amplitude da superfície recoberta, podem revelar as manifestações inconscientes da criança, partindo, como na interpretação dos sonhos, do consciente e mais ou menos intencional até o inconsciente para recorrer a uma simbologia complexa e valorizar o contexto em que vive a criança.

Portanto, é preciso fugir das obviedades e “entender as pessoas como elas são e evitar os diagnósticos classificatórios” (DELGADO; MÜLLER, 2005: 176). É preciso considerar também que a imagem criada sobre a criança e a infância muda de acordo com a fase da vida em que se encontra o indivíduo: o adulto tem uma visão, o adolescente, outra, e a criança, ainda outra. Existem, então, os relatos *sobre* as crianças e a infância e os relatos *de* crianças, o que permite lidar com diferentes imagens e tipos de criança e de infância. As questões que aqui cabem ser colocadas são: “[...] quem é essa criança? O que se está chamando de criança, o que se está chamando de infância, como essa experiência é vivenciada?” (FARIA; DEMARTINI; PRADO, 2002: 4).

Em suma, ouvir, anotar e interpretar são ações aparentemente simples, mas que, na verdade, envolvem sensibilidade, disponibilidade, conhecimento e objetivos claros. Esta pesquisa exigiu uma combinação eclética de métodos e técnicas, como diz Turato, para lidar com profissionais de saúde, pais e, especialmente, crianças. E, para isso, não basta analisar apenas as

mensagens ditas e escritas, mas também as não ditas – o silêncio, os gestos, as emoções. Por isso, o pesquisador deve colocar-se como igual, sem reproduzir hierarquias sociais e de conhecimento e sem posicionar-se como uma figura de autoridade. Ele só poderá realizar seu trabalho, segundo Bourdieu (1998), se colocar-se no lugar do seu objeto de estudo e assumir seu ponto de vista singular.

2.2.1 - Etapas e técnicas

A entrada no campo se deu muito antes de a ideia da pesquisa nascer. Na verdade, foi a participação em um projeto em 2006, chamado “Atendimento de Sala de Espera” no próprio Ambulatório de Psiquiatria Infantil, que permitiu os primeiros contatos com o TDAH e com os psiquiatras, além do surgimento de reflexões e questionamentos. Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, a retomada do contato com os psiquiatras responsáveis pelo ambulatório ocorreu no início de 2009. Autorizada pelo chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (FCM/UNICAMP), o Prof. Dr. Paulo Dalgalarro, e pela equipe de profissionais do local, retornei ao ambulatório para conhecer essa equipe, os funcionários e os pacientes e definir as técnicas e estratégias metodológicas, enquanto aguardava a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A primeira etapa da pesquisa de campo caracterizou-se pela técnica de observação participativa no ambulatório. Todas as quintas-feiras de manhã¹⁶, por mais de um ano (de outubro de 2009 a maio de 2011¹⁷), participei das atividades desenvolvidas na “sala de espera”, brincando com as crianças e conversando com os pais e profissionais de saúde; acompanhei as discussões de caso, algumas aulas ministradas a alunos de especialização e alguns eventos dedicados às discussões acerca do TDAH; e observei as relações estabelecidas entre os diferentes indivíduos no campo. As observações e informações consideradas importantes à pesquisa foram anotadas livremente em um diário de campo. Portanto, essa fase não contou com um roteiro ou com

¹⁶ Horário reservado às atividades do Ambulatório de Psiquiatria Infantil, uma vez que no local são desenvolvidas outras atividades ambulatoriais.

¹⁷ No primeiro ano, as visitas ao ambulatório ocorriam semanalmente. A partir do exame de qualificação e, posteriormente, da etapa de refinamento das informações e escrita da dissertação, a frequência caiu para quinzenal e, em 2011, mensal, de acordo com a necessidade de rever e obter novos dados e sanar dúvidas.

abordagens estruturadas, ocorrendo livremente, conforme os acontecimentos, as falas e as ideias que surgiram no decorrer da etapa. Ela foi essencial para a compreensão daquele novo ambiente, dos sujeitos que o frequentavam e das relações que ali se desenvolviam, passo importante para a estruturação das entrevistas.

O início das entrevistas não significou o fim da observação participativa, etapas que ocorreram concomitante e complementarmente. Esse arranjo foi satisfatório e sanou limitações apresentadas pelo campo, tais como a interrupção de contatos diretos com pais e crianças, já que muitos pacientes tinham suas consultas marcadas a cada 15, 20, 30 ou mais dias, e a dificuldade de conversar com os profissionais, especialmente os psiquiatras, porque dispunham de tempo restrito.

Enfim, para realizar as entrevistas, pedi indicações de casos de TDAH aos profissionais de saúde do ambulatório, assim como de profissionais experientes no diagnóstico e no tratamento desse transtorno que pudessem participar da pesquisa; selecionei as indicações de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão; e, em seguida, os contatei no próprio ambulatório, apresentei-me, expliquei-lhes a pesquisa e suas intenções (utilizando uma linguagem bastante simples) e apliquei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A primeira entrevista foi realizada no final de novembro de 2009, enquanto as demais se concentraram no primeiro semestre de 2010, conforme a disponibilidade dos informantes. Foram entrevistados onze informantes: dois psiquiatras, um psicólogo, quatro mães e quatro crianças (12, 11, 10 e 9 anos). Caracterizaram-se por entrevistas semiestruturadas: pedia-se aos informantes que falassem sobre o TDAH e contava-se com roteiros (ver APÊNDICE A) somente utilizados para a verificação de que todos os tópicos considerados importantes tinham sido abordados. Segundo Minayo (2000), o roteiro de entrevista é um “instrumento para orientar uma ‘conversa com finalidade’ que é a entrevista, [por isso] ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (MINAYO, 2000: 99). É um guia que, portanto, “não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo” (Ibidem, p. 100). Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Algumas entrevistas foram feitas após a consulta médica, o que teve certa influência nas respostas, pois trouxeram um pouco da conversa com os médicos para a coleta de informações. Outras foram iniciadas antes da consulta, mas tiveram de ser interrompidas e retomadas posteriormente, devido ao chamado do médico. É importante reportar que quando pais e filhos

permanecem juntos durante a entrevista – que é o caso desta pesquisa -, pode haver interferência nos relatos e depoimentos, devido a constrangimentos, por exemplo. Tal limitação, entretanto, foi compensada pelas observações desses sujeitos, separadamente, em atividades dentro do campo. Por fim, outras duas entrevistas foram realizadas nas dependências do prédio da FCM e outra, ainda, no ambulatório, sofrendo interferências de pessoas que abriam a porta da sala para averiguar sua disponibilidade. Além das entrevistas, os discursos proferidos em um evento sobre o TDAH também fizeram parte das análises desta pesquisa.

Em complemento às entrevistas, foi escolhida a produção de desenhos infantis. O intuito dessa escolha foi a de dar ferramentas de expressão às crianças, tendo em vista os alertas dos pesquisadores e da observação de que a criança não se expressa como o adulto, que responde às perguntas que lhes são feitas, conforme elucidado anteriormente.

Abordando as mesmas questões das entrevistas, mas contando com um roteiro específico (ver APÊNDICE A), a produção de desenho constituiu uma adequação técnica e metodológica na pesquisa com crianças, para a qual o Prof. Dr. Fernando Chacra¹⁸ fez sugestões muito interessantes e relevantes, auxiliando na elaboração do roteiro e na interpretação dos desenhos. Nessa fase, não se pedia simplesmente que a criança produzisse um desenho sobre determinado tema, mas também que ela explicasse sua produção, devendo o pesquisador estar atento aos detalhes, gestos, reações, enfim, a tudo que vai além da – e que dá sentido à – expressão gráfica.

A pesquisa de campo foi encerrada no momento em que os conteúdos dos enunciados se repetiam e que todas as questões e dúvidas surgidas após a análise dos dados foram exploradas.

2.2.2 – Breves explicações sobre os roteiros

Partindo-se de três perguntas básicas (O que é o TDAH? Por que usar medicamentos? Existe alguma relação com o social?), foi possível elaborar novos questionamentos, guiar as observações em campo, produzir roteiros de entrevistas e de confecção de desenhos infantis e selecionar, analisar e interpretar as informações obtidas.

¹⁸ Médico pediatra da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP na área de Pediatria Social, com experiência de trabalho e de pesquisas com crianças em Educação e Saúde Mental, que auxiliou a interpretação e a análise dos desenhos. As informações aqui relatadas foram dadas em reuniões informais entre mim e o professor.

Embora as observações participativas não tenham contado com um roteiro bem definido, foram baseadas em alguns objetivos, entre eles: apreender de que forma o TDAH, seu tratamento e o discurso psiquiátrico influem na vida cotidiana da criança diagnosticada e sua família; observar de que forma suas vidas, experiências e discursos influem no trabalho dos profissionais do ambulatório e na criação de representações e concepções acerca do transtorno e do uso de medicamentos controlados; observar as diferentes interações estabelecidas no local, inclusive entre a criança e seus pares; e reconhecer os diferentes discursos sobre o TDAH e a forma como eles são assimilados e/ou refutados.

Os roteiros (ver APÊNDICE A) exploram o ponto de vista de cada sujeito, com base em ideias elementares: o que significa ter TDAH; as implicações do estabelecimento do diagnóstico e da prescrição do tratamento medicamentoso; as relações criança-criança e criança-adulto, tendo como foco a reação dos demais à criança hiperativa; e as concepções de patologia e normalidade, analisando todas elas em relação à sociedade atual. O objetivo foi analisar a forma como cada entrevistado elaborava representações acerca de cada ponto, como os diferentes pontos eram conectados – especialmente com o item “sociedade” – e a inter-relação entre as mensagens emitidas pelos sujeitos.

2.2.3 - Exploração do material e tratamento dos dados

A transcrição na íntegra das entrevistas foi a primeira maneira de explorar o material coletado. Posteriormente, estabeleceu-se a leitura livre do material transcrito, do diário de campo e dos desenhos confeccionados. Algumas anotações do diário das atividades desenvolvidas no projeto “Atendimento de Sala de Espera”, em 2006, foram incorporadas aos resultados e análises, devido ao fato de complementarem informações acerca de relações estabelecidas entre pares e entre crianças e adultos nas brincadeiras.

A seguir, adotou-se a técnica de análise de conteúdo para explorar, organizar e tratar as informações contidas nas entrevistas. O diário de campo foi utilizado livremente e forneceu vasto conteúdo a ser analisado, haja vista a duração de mais de um ano das observações em campo.

A análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), constitui um conjunto de técnicas de análise sistemática, objetiva e descritiva de conteúdos de mensagens que permite destacar indicadores (quantitativos ou qualitativos), a fim de inferir conhecimentos referentes à produção e

à recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977: 42). Isso significa que o analista deve compreender, por meio de procedimentos bem definidos, o sentido da comunicação e o que está implícito nela. Em outras palavras, ele deve realçar “um sentido que se encontra em segundo plano” (Idem). A técnica foi aplicada e desenvolvida a partir das considerações de Rivorêdo (2005): a) dos depoimentos e anotações do diário, foram selecionados os enunciados mais significativos, de acordo com os objetivos da pesquisa, e estes foram redigidos em tiras de papel; b) nesses enunciados, destacadas palavras que resumiam ou representavam seu conteúdo; c) as tiras foram separadas seguindo um critério de repetição, ordenadas pelo grau de importância, organizadas em quadros sob temas tais como “definição do problema”, “sociedade”, “respostas ao problema” e “estigma”; d) dos temas, ressaltaram-se outras categorias, recortes e desdobramentos, agrupados sob os títulos “definição do problema”, “discurso médico e discurso ‘leigo’”, “uso de medicamento e seu significado”, “a criança na sociedade atual” e “estigma”. Cada um destes quadros foi trabalhado a partir de unidades de registro, unidades de contexto, unidades temáticas e sínteses.

Como unidades de registro, foram selecionadas frases e ideias relacionadas ao tema, que foram, em seguida, classificadas em subtemas. As unidades de contexto são partes do texto que contêm informações sobre o ambiente e em quais condições foi realizada a entrevista, bem como dados sobre os entrevistados, tais como idade, sexo e profissão. As unidades temáticas são os títulos referidos acima. E, por fim, as sínteses são os resultados da análise conjunta das diferentes unidades e entrevistas realizadas, vinculando todos os temas. Em poucas palavras, a técnica trabalha com a desconstrução e a reconstrução dos textos, visando à compreensão de mensagens, processos, conhecimentos e explicações implícitos sobre determinado assunto.

Os desenhos infantis foram interpretados a partir de algumas informações principais como a biografia da criança, o que ela diz e o que é dito sobre ela e sobre sua condição, e quem são as pessoas que emitem tais informações; as reações, as falas, as emoções, os movimentos e os gestos da criança enquanto desenha; e as instruções que lhe foram dadas por mim. Depois, observou-se a maturidade dos traços, a posição das figuras e o que eles representavam, as cores utilizadas e as falas anotadas graficamente (quando existiam). Este trabalho de interpretação exige o conhecimento de técnicas específicas e, por isso, o auxílio do Prof. Dr. Fernando Chacra.

As referências bibliográficas foram selecionadas e utilizadas a fim de possibilitar um enquadramento teórico às análises do material de campo.

2.3 - Dificuldades e limitações da metodologia

As primeiras dificuldades apareceram logo no início da pesquisa. Primeiramente, entrar em contato com os psiquiatras foi um trabalho longo, pois, devido à escassez de tempo disponível, as reuniões e a leitura dos meus projetos demoravam a acontecer. Em segundo lugar, por tratar-se de uma pesquisa em hospital, o projeto teve de passar pela análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP), o que também demorou muitas semanas.

A entrada no campo, depois do estabelecimento dos contatos e da aprovação do projeto, não apresentou dificuldades. Os dilemas começaram a aparecer no decorrer da pesquisa empírica. Em primeiro lugar, surgiu o questionamento: o que observar no ambulatório? As primeiras observações e anotações eram bastante amplas, constituindo uma estratégia de reconhecimento do espaço, dos indivíduos e das relações ali existentes. Contudo, com o passar do tempo e da saturação dessas informações amplas, foi preciso definir as categorias de análise. Portanto, foi a própria experiência que me permitiu trabalhar nesse sentido.

Em segundo lugar, a limitação de espaço e de tempo se revelou. Às vezes havia salas disponíveis no ambulatório, às vezes não. Quando não havia, era preciso encontrar locais no HC ou no seu entorno onde fosse possível conversar e gravar a entrevista. Além disso, as entrevistas foram realizadas apenas no HC e nos dias de funcionamento do ambulatório infantil, porque a grande maioria dos informantes vinha de outras cidades somente para a consulta e dependia do transporte público disponibilizado por prefeituras, que chegava e partia em horários determinados. Algumas entrevistas realizadas depois da consulta foram influenciadas pela pressa do entrevistado que precisava partir, mas que preferiu realizá-la naquele momento. Outras, realizadas antes, foram influenciadas pela ansiedade da espera pela consulta ou pelo medo de perder o chamado do médico.

Em terceiro lugar e diretamente relacionado às limitações anteriores, o funcionamento semanal do ambulatório e a distância entre as consultas (15, 20 ou 30 dias) limitaram o contato com os informantes, especialmente pais e crianças.

Em quarto lugar, por fim, os profissionais de saúde estavam sempre ocupados durante o expediente do ambulatório e, fora desse horário, dispunham de pouco tempo, haja vista a grande quantidade de atividades a desenvolver.

Entretanto, embora esses percalços, todos os entrevistados (pais, crianças e profissionais) foram muito atenciosos e solícitos e as observações e informações acumuladas em todos os meses de desenvolvimento da pesquisa de campo, principalmente as obtidas em conversas informais, forneceram grande quantidade de material, cuja análise, em conjunto com as análises das entrevistas e interpretações de desenhos, resultaram nesta dissertação.

CAPÍTULO TERCEIRO

SOBRE UMA REVISÃO TEÓRICA E SOCIOLÓGICA

Partindo do pressuposto de que o TDAH, como categoria psiquiátrica, possui raízes sociais importantes, omitidas pela valorização de fatores biológicos e genéticos, é preciso refazer o percurso histórico do nascimento da psiquiatria para que se compreenda por que e como essa supervalorização ocorre e toma conta da cena social e do imaginário coletivo. Para tanto, revisam-se trabalhos de autores preocupados com uma reflexão crítica sobre a medicina e a psiquiatria e os significados de saúde, doença, normalidade e patologia, conduzindo à ideia de medicalização social; a conceituação de estigma permite estabelecer a relação entre transtorno, patologia, diferença e reações e relações sociais; e as discussões acerca da criança e da infância.

3.1 – Do social ao biológico: o conceito de medicalização

O social e o biológico não são necessariamente excludentes. No entanto, o que faz com que um fenômeno claramente marcado pelo primeiro seja transformado e dominado pelo segundo? O que está por trás dessa transformação e quais são suas consequências? No primeiro capítulo, o TDAH foi apresentado conforme sua definição oficial, divulgada pelos manuais psiquiátricos, que o caracteriza como um transtorno mental com origens neurológicas e genéticas e influências secundárias do meio. Admitindo-se que haja uma mudança de perspectiva, do social ao biológico, o que levaria a uma transformação de determinados comportamentos infantis em patologias, implicando em crianças acometidas por um transtorno mental e tratadas por meio de medicamentos? O que significa essa mudança de perspectiva? Um fenômeno que fornece uma ferramenta para compreender e tentar responder a essas perguntas é a medicalização.

Outros contextos passados já vivenciavam o processo de medicalização, como se observará no item seguinte. Mas em 1972, Irving Zola introduziu um conceito sociológico de medicalização que a define como a expansão da jurisprudência da profissão médica a outros âmbitos da sociedade, transformando fenômenos sociais em problemas médicos (AGUIAR, 2004); fenômenos cotidianos que passam cada vez mais pelo domínio, pela influência e pela supervisão de médicos.

Entretanto, Foucault (2008b) já havia apresentado uma ideia mais complexa do processo. Para ele, a medicalização não significa somente a transformação do social em médico e seu tratamento como tal: o processo é mais profundo, pois o espaço médico passa a atravessar e penetrar completamente o espaço social. Conseqüentemente, “começa-se a conceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formam uma rede e exercem em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel, diferenciada” (FOUCAULT, 2008b: 33). Em outras palavras, mais do que uma transformação, uma expansão ou uma intromissão, a medicalização é um processo pelo qual os corpos e as mentes dos indivíduos passam ao controle dos médicos. Por isso, a medicalização é um dos mecanismos de poder disciplinar de que fala Foucault.

Para Conrad (1975), o termo implica a definição do comportamento como um problema médico ou uma doença, que permite à profissão médica fornecer-lhe algum tipo de tratamento e que abrange diferentes “desvios” e processos da vida, como loucura, alcoolismo, anorexia, homossexualidade, hiperatividade, problemas infantis de aprendizagem, obesidade, infertilidade, abuso infantil, nascimento, sexualidade, menopausa, desenvolvimento infantil, entre outros.

Assim, Conrad (1992) enfatiza que a definição para o termo resulta de diferentes modos de enxergar o processo de medicalização, caracterizado como um processo sociocultural. Dadas essas divergências, o sociólogo aponta os três níveis em que a medicalização ocorre: 1) no nível conceitual, onde o vocabulário e o modelo médico são utilizados para definir o problema apresentado, sendo que não são necessários o envolvimento de muitos profissionais médicos e a aplicação do tratamento médico; 2) no nível institucional, onde as organizações adotam a abordagem médica para tratar problemas particulares, especialidades da instituição; 3) no nível interacional, onde os médicos estão diretamente envolvidos, porque trata-se da interação médico-paciente, na qual o primeiro define o problema por meio do diagnóstico e prescreve um determinado tratamento médico para um problema de cunho social (como, por exemplo, a prescrição de calmantes para amenizar a infelicidade excessiva causada por problemas familiares e pessoais). Além disso, a medicalização, nos termos foucaultianos, implica que a vida não pode mais ser pensada e cuidada se não medicamente, isto é, através dos saberes, conceitos, definições e práticas criados na esfera médica.

Essas constatações são interessantes porque apontam os principais focos de disseminação de informações sobre as doenças e os transtornos mentais: o vocabulário e a linguagem médicos

(técnico-científicos), as instituições (consultório, ambulatório, escola, família, mídia, entre outras) e a interação entre os indivíduos, especialmente entre médico e paciente/parentes do paciente. Para o estudo do TDAH, proposto nesta dissertação, esses focos são essenciais e serão abordados no decorrer das análises e das discussões dos resultados de pesquisa de campo. Por enquanto, atem-se à definição de medicalização proposta por este autor: “*Medicalização* descreve um processo pelo qual problemas não-médicos tornam-se definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos” (CONRAD, 1992: 209. Tradução nossa)¹⁹. Sendo assim, o conceito possui dois significados complementares: a apropriação médica de circunstâncias cotidianas da vida do indivíduo, que se transformam em problemas médicos e na “porta de entrada” do poder-saber, controle e vigilância médicos no corpo individual, e a solução desses problemas por meio do tratamento médico especializado que, no caso do TDAH, baseia-se, principalmente, no tratamento psiquiátrico e medicamentoso.

A Ritalina®, produzida pelo laboratório Novartis, é o nome comercial do medicamento psicoestimulante mais vendido e utilizado no mundo, tendo como princípio ativo o metilfenidato, um derivado da anfetamina²⁰. É um estimulante do sistema nervoso central que aumenta o desempenho das funções executivas, auxiliando crianças com TDAH (acima de 6 anos) a melhor desempenhar suas atividades cotidianas, especialmente as tarefas escolares, embora não estejam completamente claros os mecanismos de ação do medicamento (RITALINA®, 200-). Também são utilizados outros no tratamento do TDAH, como Concerta® (é por mera coincidência que esse nome induz à ideia de “consertar”?) - um substituto à Ritalina® -, Ritalina LA®, entre outros medicamentos não encontrados ou aprovados no Brasil. São medicamentos controlados e somente vendidos sob prescrição médica (a receita amarela²¹), uma vez que podem causar dependência. São, por isso, chamados de “tarja preta”. Afirma-se que o uso do metilfenidato no tratamento do TDAH, por ser administrado em pequenas doses que não excedem os 60

¹⁹ “*Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders*”.

²⁰ A Ritalina® era indicada, nos anos 50, para a redução da fadiga em idosos. Na década de 80, foi associada ao TDAH e tornou-se o psicoestimulante mais vendido e consumido no mundo (ITABORAHY, 2009: 9-10). O metilfenidato (indicado para casos de TDAH e narcolepsia) foi sintetizado pela primeira vez em 1944 por Leandro Panizzon, farmacêutico do laboratório CIBA – hoje Novartis -, que deu lhe o nome de Ritalina® em homenagem a sua esposa, Marguerite, chamada carinhosamente de Rita e, depois, Ritaline (Ibidem, p. 63).

²¹ Esse tipo de receita é disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a profissionais especializados e autorizados, tem validade de 30 dias e é retido nas farmácias, responsáveis por enviar à ANVISA relatórios sobre as compras e as vendas dos medicamentos controlados.

miligramas diários, não causa dependência química, mas ainda há muitas discussões sobre essa afirmação. De acordo com a observação em campo, o uso metilfenidato é descontinuado a partir do momento em que ele não seja mais benéfico à criança, quando seus sintomas tenham sido amenizados ou quando a concentração não seja extremamente necessária, como durante as férias escolares.

Segundo Lima (2005), algumas pesquisas mostram que os Estados Unidos são os responsáveis por cerca de 90% do consumo mundial de psicoestimulantes e que, em 1997, três milhões e meio de habitantes (população branca, da classe média e dos subúrbios) desse país usavam a Ritalina®. Segundo Itaborahy (2009), no Brasil, em 2007, foram vendidas cerca de 1.150.000 caixas de metilfenidato e, de acordo com os dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre 2005 e 2009 houve um aumento de 83,8% na venda de medicamentos contendo o metilfenidato como princípio ativo no Brasil (ANVISA, 2010). Segundo o relatório das Nações Unidas (2009), entre 2003 e 2007, os Estados Unidos aumentaram a produção de 18.882 quilogramas de metilfenidato para 40.887 quilogramas, enquanto o Brasil, de 86 (sem contar a importação de 36 quilogramas) para 204 (sem contar a importação de 270 quilogramas) – sem índices de exportação do composto no país –, dentro de uma produção total que aumentou, nesse mesmo período, de 22.818 quilogramas para 43.581 quilogramas da droga.

Alarmante nesses dados é a tendência constante ao aumento dos números: visto que muitas crianças ainda não são diagnosticadas, as empreitadas da indústria farmacêutica e a abrangência dos manuais psiquiátricos tendem a evidenciar a existência de novos portadores. Como consequência, a divulgação dos conhecimentos sobre o TDAH e do uso de medicamentos é cada vez mais expansiva graças ao contato direto entre médicos e pacientes, aos meios de comunicação de massa, como, por exemplo, internet, televisão e panfletos informativos, e aos grupos de apoio que vem se formando, tal como a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA).

Autores (ITABORAHY, 2009; MINGUELOTE; CAMARGO JR., 2010; CONRAD, 2007) apontam que a indústria farmacêutica tem importante papel no aumento agudo do uso de metilfenidato ao financiar pesquisas científicas que provem a existência do TDAH e a eficácia do medicamento, influenciando decisões médicas, políticas públicas em saúde e opiniões leigas. Essa estratégia de marketing utilizada pelas empresas farmacêuticas legitima produtos com o interesse de obter lucros (ITABORAHY, 2009: 32) e cria um comércio de saúde que transforma

em mercadoria a produção de conhecimentos médicos (MINGUELOTE; CAMARGO JR., 2010: 191). Tanto que, além de pesquisas, as empresas farmacêuticas patrocinam sites destinados à divulgação de diagnósticos e tratamentos, inclusive os associados ao TDAH. Comentou-se no primeiro capítulo que os laboratórios Novartis e Janssen-Cilag (produtores da Ritalina® e do Concerta®) são parceiros da ABDA, estando a parceria noticiada na página eletrônica principal da Associação.

A influência da indústria farmacêutica no tema do TDAH e seu tratamento não é o foco desta dissertação. Entretanto, ela aponta alguns questionamentos sobre o uso de medicamentos como tratamento para TDAH privilegiado no Brasil: o que seu uso significa para os indivíduos que vivenciam o TDAH? Quais são as consequências desse uso? Qual é o significado mais profundo da administração de Ritalina® para crianças diagnosticadas?

Para Lefèvre (1991), nas sociedades capitalistas, a saúde tornou-se coisa e mercadoria; ela, e também a doença, são coisas que podem ser obtidas (no caso da Saúde) ou eliminadas (no caso da Doença) por meio do consumo de mercadorias “saudáveis”, e não características “de todo ser biologicamente bem formado”. O medicamento encaixa-se nesse conceito de mercadoria porque possui um significado simbólico: ele contém a saúde, a promessa da cura e a própria cura. Se a cura se verifica, de preferência rapidamente, o medicamento é considerado eficaz e, assim, cumpre sua eficácia simbólica e a satisfação de quem o toma. Além do mais, o campo médico expande-se e, em consequência, absorve os estados antes não tratáveis e não patologizados (AZIZE, 2002). Isso significa que cada vez mais problemas do dia-a-dia são transformados em doenças, transtornos mentais ou sintomas, que são, por sua vez, diagnosticados por meio de critérios médicos e tratados medicamentosamente. Novamente, o processo de medicalização.

No caso do TDAH, as “promessas” dos medicamentos destinados a seu tratamento são o bem-estar, a “saúde”, a concentração, a calma, a “normalidade” e a felicidade. Mas Foucault alerta: “[...] elas [as drogas] eram, evidentemente, como as drogas atuais continuam sendo, um instrumento disciplinar evidente, reino da ordem, da calma, da colocação em silêncio” (FOUCAULT, 2006b: 301). Não é exatamente isso que se deseja para essas crianças elétricas, desatentas e estabanas, tendo como pressuposto o seu bem-estar?

Deleuze (1992) chama a atenção para a crise da sociedade disciplinar de Foucault, evidenciando que o controle dos indivíduos ultrapassa as instituições fechadas (hospital, escola, prisão, família, fábrica), uma vez que surge um “controle ao ar livre” em sociedades de controle.

Os mecanismos de controle continuam rígidos, mas abrangem mais espaços e indivíduos de modo mais silencioso e difuso na textura das sociedades. Exemplos desses mecanismos são a internet, as novas formas de ensino, as novas formas de investimento de dinheiro, entre outros, que se transformam em serviços movidos por cifras e que controlam os indivíduos. Também o doente é transformado em fonte de lucro e, mais importante, em corpo controlado constante e rigidamente por um “inimigo” invisível.

Nessa lógica, considerando que o TDAH é um transtorno sem cura e que seu tratamento medicamentoso serve apenas para amenizar os sintomas de forma rápida e efetiva, coloca-se a pergunta: poderíamos entender a expansão da produção e do uso do medicamento como uma nova forma de controle sobre os indivíduos que se legitima por meio de uma rede de relações (os médicos, responsáveis legítimos pela criação de grupos que englobam indivíduos com os mesmos sintomas, pelo seu diagnóstico, pelo seu tratamento e pelo “convencimento” à adesão aos tratamentos; pelas empresas responsáveis pela produção e divulgação de respostas aos problemas médicos e pessoais dos indivíduos, tendo como pressuposto o seu bem-estar; e os pacientes e seus familiares, colocados em uma “situação de risco” e vulneráveis ao discurso técnico-científico, supostamente fonte única de verdade e respostas aos problemas contemporâneos)?

3.1.1 – O percurso histórico do processo de medicalização

O conceito de medicalização e as questões colocadas acerca de sua relação com o TDAH e o tratamento psiquiátrico e medicamentoso merecem uma contextualização histórica, a fim de mostrar que esse processo não começa com o transtorno em debate. Foucault (2006a, 2006b, 2008b), Machado et al. (1978), Costa (1999), entre outros autores, elaboraram trabalhos críticos sobre a formação da medicina e da psiquiatria na Europa (Foucault) e no Brasil (Machado e Costa). Mostram que desde o início essas ciências estiveram ligadas a um fenômeno comumente conhecido como medicalização (urbana, social, da sociedade, da vida) e exploram uma análise que leva em conta a formação do campo médico e sua expansão em direção a diversos outros âmbitos da sociedade, como a família, a infância, a educação e a cidade.

Na Europa dos séculos XVIII e XIX, a nascente medicina social contou com os frutos do chamado “Iluminismo” (valorização da racionalidade humana, das ciências, do objetivo, do demonstrável, enfim, do conhecimento), que possibilitaram a normalização da profissão médica e

seu vínculo com o estado alemão (“Polícia Médica”); o controle, esquadrinhamento, vigilância, isolamento, individualização, registro e organização de pessoas e grandes cidades francesas até então recentemente urbanizadas e abertas ao caos e às doenças (medicina urbana); e a assistência gratuita à parcela pobre da população inglesa (“medicina dos pobres”). Foucault (2006a) conclui que essas medicinas sociais europeias socializaram os corpos individuais e sociais, transformando-os em objetos passíveis de observação, vigilância e controle constantes, mas somente “curados” por aqueles que detêm um conhecimento específico. Baseadas em uma tecnologia dos corpos socializados, essas vertentes médicas permitem *controlar os indivíduos e as sociedades a partir do biológico, do somático, do corporal*. Nesse sentido, “o corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 2006a: 80); realidade e estratégia de controle e de administração da vida, de medicalização. De biopoder.

Esse é o cenário que propiciou a implantação e o desenvolvimento da medicina social no Brasil, que se deram apenas no século XIX (MACHADO et al., 1978). Tendo como objetivo construir um Estado forte e “saudável”, o governo colonial viu a necessidade de organizar a medicina, o espaço e a população, a fim de combater as doenças e o caos e fazer progredir a pátria. Nesse sentido, a lepra nos séculos XVII e XVIII, as invasões externas, as rebeliões populares internas e a ação dos jesuítas representaram algumas ameaças ao governo, que viu na atuação médica e no estudo das cidades modos de afastar o perigo por meio da defesa do espaço e da população. Investiu também na produção de novos conhecimentos sobre o território brasileiro, a sua principal cidade – o Rio de Janeiro – e a população, fazendo “emergir uma percepção da cidade e de seus habitantes como objeto específico de uma observação que produz saber e controle político” (Ibidem, p. 110). Saber e poder se implicavam e tudo aquilo que não pudesse ser estudado, conhecido e controlado era reconhecido como caos, falta de lei e desordem, inclusive a ociosidade.

Como consequência dessa mudança, também foram reformuladas as visões sobre saúde e da doença e a função da instituição voltada a elas (o hospital). A doença, vinculada à pobreza, ao ócio, ao vício e ao crime, deveria ser combatida antes mesmo de se manifestar e o hospital deveria abandonar seu caráter assistencialista para tornar-se um espaço organizado e medicalizado: um espaço de cura, aprendizado, produção do saber médico, identificação, classificação e controle dos indivíduos, observação individual, registro, vigilância constante, enfim, de disciplina. “É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital

que vai possibilitar sua medicalização” (FOUCAULT, 2006a: 107). Nesse sentido, medicalização assume o significado do controle médico dos indivíduos e das instituições por meio da vigilância, da classificação e da disciplina.

Assim como os hospitais, as cidades foram reestruturadas. Do caos e da sujeira, a cidade passou à urbanização, dita necessária para evitar o surgimento e a proliferação de doenças, o que deu aos médicos um poder legítimo para cuidar da população, da cidade e do Estado. A preocupação com o estabelecimento de uma nova prática profissional passa, então, para com a construção de uma nova sociedade, organizada, esquadrinhada, planejada e protegida dos perigos que a ameaçam. Portanto, o Brasil conheceu a medicalização da sociedade somente no século XIX, quando a medicina avançou os limites que lhe foram impostos e passou a intervir nas diferentes partes da sociedade, inclusive no Estado, justificando sua atuação pela neutralidade científica e pelo fim de promover o bem estar da população. Foi criada “uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo em que inofensivos” (MACHADO et al., 1978: 156), que transformava o indivíduo desviante em ser normalizado, parte essencial da sociedade capitalista em formação. É o que Foucault chama de poder disciplinar (FOUCAULT, 2006b).

A medicina, então, tornou-se mais poderosa quando organizada racionalmente e formada por um corpo de médicos legitimamente habilitados a exercer a cura, a prevenção e a luta pela saúde do Estado e da população. Tornou-se poderosa também porque mostrou seu conhecimento – científico e racional – como capaz de promover o progresso do país por meio da saúde. Boltanski (2004) afirma que a história da medicina é marcada pela luta contra preconceitos médicos dos leigos (contra práticas populares e profissionais “charlatães”) a fim de reforçar a autoridade médica e o monopólio dos atos médicos e “colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual” (BOLTANSKI, 2004: 14). Assim, o autor faz referência ao emergente processo de intervenção médica nos mais diversos âmbitos da sociedade, conhecido como medicalização social.

A atuação dos médicos no Brasil, a partir da consolidação da medicina como corpo de saber autônomo e legítimo, possibilitou a implantação do Movimento Higienista Brasileiro - também conhecido como “movimento higienista” ou “movimento sanitarista” (GÓIS JÚNIOR, 2007: 5) -, em meados do século XIX e início do século XX, com o objetivo defender a saúde pública, a educação e a difusão de novos hábitos. Os ideais biológicos e eugênicos que

circulavam pelo mundo, influenciados pelas teorias evolucionistas aplicadas aos indivíduos e aos povos, tiveram grande influência no movimento brasileiro.

Monteiro Lobato foi um dos defensores da necessidade de tomar medidas de promoção da higiene e de educação da população para o progresso da Nação. Criou Jeca Tatu como personagem principal, um homem rural, preguiçoso, incapaz, inútil, que não se interessava pelo trabalho manual, visto, assim, como um obstáculo ao desenvolvimento econômico, político e social do Brasil do início do século XX, o que representava a imagem que o autor tinha da população rural da época. Essa caracterização foi influenciada por uma corrente de pensamento racista e eugenista²², muito difundida no Brasil da época, que defendia que a miscigenação configurava-se como um obstáculo ao progresso brasileiro, já que dela resultavam indivíduos impuros e, por isso, inferiores.

No entanto, a visão do autor mudou a partir das pesquisas de Belisário Pena e Arthur Neiva nos sertões brasileiros, na década de 1910, que revelaram o interior do país povoado por uma população assolada por doenças tropicais (como a malária, a varíola e a doença de Chagas) e pela subnutrição. Em *Problema Vital* (1950), Monteiro Lobato fez grandes e inúmeros elogios ao trabalho dos dois cientistas e divulgou novas ideias: o problema do país advinha das doenças e, conseqüentemente, do descaso das autoridades públicas em relação às condições de vida da população rural, principalmente, e não da miscigenação. Assim, Jeca Tatu não trabalhava porque estava infectado por doenças que o impediam de executar suas atividades, e não porque era preguiçoso, tanto que, quando foi curado, *quando obedeceu aos médicos*, tornou-se um homem extremamente ativo, que trabalhava e produzia em grande quantidade e qualidade. A obediência às ordens médicas é constantemente defendida pelo autor e revela a forma pela qual a medicalização e o poder disciplinar atuam: é essencial a obediência ao discurso, à sabedoria e à imagem daquele que é o indivíduo mais capacitado a promover a saúde e a felicidade do indivíduo, de sua família e de sua nação, é essencial vencer a tradição por meio da ciência e da racionalidade; a desobediência implica o desacato à autoridade, a irracionalidade, a preservação da doença, do caos e da loucura. Além disso, aos poucos, o problema é transferido ao corpo do indivíduo como doença.

²² Ao contrário dos movimentos eugenistas da Alemanha nazista e dos Estados Unidos, que perseguiram os “incapazes” (deficientes mentais, indigentes, alcoólatras, doentes mentais, criminosos etc.) para esterilizá-los (STANCIK, 2005: 46), o brasileiro caracterizou-se pela circulação de ideias e escritos sobre a miscigenação como causa do atraso da Nação.

Para mudar o estado precário da população e da nação brasileiras, seriam necessárias drásticas mudanças de hábitos, tais como conscientização das autoridades públicas e da população para a tomada de medidas de saneamento e higiene. Monteiro Lobato, então, empenhou-se na tarefa de difundir as novas descobertas científicas à população leiga – por meio de panfletos para as famílias e histórias (como a do Jeca Tatu) – e exigir atitudes das autoridades públicas, principalmente em relação a uma “educação verdadeira”, que expõe os problemas do país e conscientiza e instrumentaliza sua população. Sua conclusão era a de que a correção da saúde, o saneamento, a prevenção e a cura garantiriam o progresso do país e a aquisição pela população de um bom aspecto somático para transmitir a saúde às gerações futuras.

Tendo em vista uma população ignorante - as famílias que abandonavam as características do período colonial (o pai como líder social, a convivência de inúmeras pessoas dentro da casa, entre elas escravos e parentelas políticas e espirituais, a ausência de hábitos “civilizados”, como comer com talheres, vestir-se com recato e pudor) e começavam a adotar hábitos europeizados, porém ignorantes em termos de higiene, criação dos recém-nascidos, educação dos filhos etc. -, o movimento higienista estabeleceu normas que orientavam as experiências familiares, adotou o saber da ciência e sua racionalidade como mediadores entre a periculosidade do mundo e a “família indefesa em sua ignorância” e garantiu ao médico o papel de “orientador social da família” (MURICY, 1988: 64). A família burguesa e urbana tornou-se mais íntima, restrita ao casal e aos filhos, em uma relação de afeto e não mais de propriedade, assim como saiu às ruas e abriu as janelas das casas, prescrições médicas de combate às doenças. Assim, as mulheres obtiveram uma posição valorizada pelos higienistas: a maternidade e a posição de protetoras dos filhos. Nessa nova realidade, a família contou com a ajuda médica para adaptar-se às mudanças, permitindo aos médicos o acesso ao seu cotidiano (COSTA, 1999).

Ao lado do higienismo, embora mais voltada à educação das classes populares, a puericultura destacou-se como meio de intervenção médica dentro da família. Trazida da França para o Brasil em 1890 por Moncorvo Filho (RIVORÊDO, 1995: 89) – tornando-se efetiva somente a partir de 1910 -, a puericultura foi vista como a possibilidade de educar as massas ignorantes, atuando por meio de ordens às mães sobre como criar seus filhos. Ela assumiu a forma francesa, analisada por Boltanski (1984), de recomendações médicas que deveriam ser seguidas rigorosamente pelas mães das classes populares. Nesse processo, indivíduos foram subjugados a um saber racional e científico que buscava a “verdade”, sendo seu objetivo afastar

os preconceitos e as ideias antigas sobre a criação dos filhos para impor-lhes saberes racionalizados, representados pela ciência - em especial a medicina na figura do médico.

Ao contrário da abordagem feita às classes altas e médias, que recebiam recomendações e mantinham um contato mais próximo e menos hierarquizado com os médicos de família, às classes populares – distantes social, linguística e intelectualmente dos médicos – eram impostas ordens. Os saberes populares relacionados à saúde e à criação dos filhos eram considerados “pré-científicos” ou “não-científicos”, baseados nas tradições transmitidas de geração a geração e, por isso, representaram aos saberes racionais dos médicos puericultores saberes concorrentes. Dessa forma, a prática puericultora tentou combater seu inimigo (o “leigo”) desqualificando-o e substituindo-o por conhecimentos modernos.

O processo de medicalização, entretanto, não se limitou às doenças do corpo e à educação sanitária dos incultos, estendendo-se à higiene mental e às “doenças da mente”. Seu ícone era a loucura, que, transformada em doença, tornou-se também um fenômeno patológico. Porém, era uma doença diferente, que não envolvia causas orgânicas e somáticas, e que, por isso, deveria ser tratada por um tipo específico de medicina: a psiquiatria. A medicina social originou a psiquiatria e, patologizando o comportamento do louco, tornando-o anormal, possibilitou sua medicalização. A loucura passou a ser um perigo em potencial e um atentado à moral pública, o que exigiu medidas específicas: tirar o louco do contato com os sãos, do convívio na cidade, isolá-lo em um local adequado (o hospício) e tratá-lo. Sabia-se que a repressão ou a liberdade não seriam eficientes a sua cura. Era preciso *discipliná-lo*. Nascia um novo tipo de poder disciplinar, que Foucault (2006b) chama de poder psiquiátrico.

No entanto, a inexistência de maneiras objetivas de prevenir a loucura, como pode ser feito com outras doenças somáticas, e de evitar que ela contaminasse os sãos e abalasse a ordem urbana estabeleceu o papel da psiquiatria de detectar o louco em seus mais singelos movimentos. Foucault (2008a) mostra que nesse processo não se descobriu a loucura, mas ela foi evidenciada em seu sentido de estranheza, de não pertencimento à sociedade, o que silenciou sua verdade como algo monstruoso. Consequentemente, transformou-se o internamento – na Europa do século XVII – em um mecanismo social de eliminação dos “a-sociais” que, representando o perigo à sociedade, foram tratados diferenciadamente, como delinquentes, loucos, doentes, “figuras bizarras que ninguém conhecia mais” (FOUCAULT, 2008a: 81). Essas figuras passam a ser assim reconhecidas porque são retiradas da sociedade e das classificações que essa mesma

sociedade permite. Segundo Foucault (2006b), esse afastamento possibilita a criação de novos mecanismos de poder que tomam essas personagens para seu cuidado especial e criam novos modos de reclassificá-las, corrigi-las (tratá-las) e reinseri-las (docilizadas) na sociedade. Nesse contexto, tornou-se possível o uso dos “remédios morais” – os castigos e as terapêuticas –, mantido na e característico da prática dos primeiros asilos do século XIX.

Nesse processo de institucionalização, classificação e tratamento da loucura, Phillippe Pinel (1745-1826) e Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), alienistas franceses, foram essenciais para a transformação da loucura em objeto da psiquiatria ao consolidá-la como doença. Pinel desenvolveu um modelo de classificação, descrição e tratamento das doenças psicopatológicas baseado no conhecimento científico, e implementou a reforma e a reorganização dos hospitais. Influenciado pelos ideais da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, propôs a liberdade dentro dos hospícios (abolição do uso de correntes, camisas de forças, celas etc.) e o tratamento igualitário entre os doentes e os sãos e a fraternidade, como a filantropia e o esclarecimento. A cura se daria pelo restabelecimento do domínio da razão por meios morais e físicos aplicados pela medicina mental (terapêutica), já que se consideravam como causas da loucura as “paixões da alma”, o amor, a desordem social e os sentimentos existentes em excesso que resistem à regulação pela razão (FACCHINETTI, 2008: 503-504). Esquirol, seu discípulo, definiu uma série de fenômenos psicopatológicos, como a idiotia e a demência, por exemplo. Para Pinel,

A terapêutica da loucura é ‘a arte de *subjugar* e de *domar*, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita *dependência de um homem* que, por suas qualidades físicas e morais [o médico], seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas idéias’ (PINEL apud FOUCAULT, 2006b: 11-12. Grifos nossos).

O trecho (não inocentemente) selecionado por Foucault mostra a investida de Pinel, cujo objetivo era, por meio de um tratamento mais humano aos loucos (contato direto com o médico e esclarecimento de sua condição), estabelecer uma hierarquia consentida entre o médico (portador da razão) e o louco (portador da irracionalidade). Consentida pela sociedade, uma vez que se diz buscar o bem estar do doente através de uma figura possuidora de formação e conhecimentos voltados ao objetivo da cura do paciente; alguém capaz de dizer qual é a condição do doente e o que deve ser feito para que ele seja curado.

Assim, a loucura passou a ser entendida como uma doença moral, o que permite – mesmo que não houvesse a intenção – a intervenção da medicina no social (MURICY, 1988: 41). O louco e a loucura foram destituídos de uma razão própria que questiona a realidade quando são silenciados pela terapêutica e subjugados à dependência de alguém física e moralmente superior – o médico. O asilo tornou-se seu lugar terapêutico e promoveu “a repartição e a dispersão disciplinares dos tempos, dos corpos, dos gestos, dos comportamentos etc.” (FOUCAULT, 2006b: 5). Local de observação exata e constante, neutralidade e objetividade, a existência do asilo demanda ordem disciplinar e possibilita a constituição do saber psiquiátrico baseada em uma distribuição regrada e desigual de poder, algo que só existe “porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc.” (Ibidem, p. 7).

Em outras palavras, para existir, o asilo e a dominância do médico necessitam de um sistema de diferenças, uma hierarquia, onde há diferentes indivíduos, dispostos taticamente, ocupando lugares determinados e desempenhando um número de funções precisas (Idem). Entende-se que essa hierarquia estabelece-se tanto entre médicos, funcionários e pacientes, quanto entre os “normais” e os “anormais” ou loucos, cujo questionamento esse poder deve combater: o poder psiquiátrico deve dominar o louco para que vença e difunda seu conhecimento, sua verdade sobre a doença e sua cura, produzindo “certo número de enunciados que se apresentam como enunciados legítimos” (Ibidem, p. 21).

Como exemplo de difusão e institucionalização de discursos e conhecimentos psiquiátricos legítimos, pode-se citar a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), no Rio de Janeiro, em 1923, que montou laboratórios de psicologia aplicada, ambulatórios de psiquiatria, consultórios de psicanálise; aplicou testes psicológicos nas escolas públicas e nas fábricas; organizou campanhas antialcoólicas; criou clínicas de atendimento à criança; tentou intervir na política imigratória; apresentou programas de seleção e orientação profissional; propôs medidas de esterilização e de controle pré-nupcial (REIS, 2000: 140), intervindo em diversos âmbitos sociais, tais como Estado, escola, infância, família e trabalho.

O romance de Machado de Assis, *O Alienista*, publicado em 1882, embora seja uma obra de ficção, colocou em questão o incansável trabalho da psiquiatria, representando a ciência, de observar todos os indivíduos e encontrar neles, por meio de métodos racionalizados, possíveis falhas morais ou problemas mentais que devessem ser corrigidos. De acordo com Muricy (1988), o autor faz uma crítica à normalização da sociedade produzida pela intervenção da medicina no

social, através da loucura, de seu estudo, sua observação, definição e “cura”. Uma crítica ao cientificismo e ao racionalismo preconizados pela medicina social e pela psiquiatria então nascentes no Brasil do final do século XVIII e início do século XIX.

Atualmente, o hospício retratado por Machado de Assis e o asilo, por Foucault, cederam lugar a práticas descentralizadas dentro de hospitais, consultórios e ambulatórios psiquiátricos e psicológicos, por onde os pacientes passam constantemente, mas somente permanecem em casos extremos e considerados perigosos ao paciente e aos indivíduos em seu entorno. Nesses novos locais psiquiátricos e psicológicos, a clínica assume papel primordial de intervenção, obtenção de informações e tratamento de pacientes. Ela “lê” o visível, aquilo que é aparente ao golpe de vista do médico, mas também desvenda segredos, decompondo as doenças em elementos, libertando as suas verdades e tornando visível o que era até então invisível e indizível.

Para Foucault (2008b), isso é possível devido à sensibilidade do clínico, sua arte, habilidade prática, destreza, paciência e atenção em conexão com seus conhecimentos teóricos; à capacidade de ouvir a linguagem verbal e, ao mesmo tempo, compreender a linguagem não verbal, atravessando o corpo e chegando aos órgãos, aos segredos mais invisíveis do indivíduo. O corpo e a mente doentes do homem tornaram-se, então, objeto de saber e suas manifestações, formas de acesso ao invisível e à verdade e de produção e difusão de saberes e discursos, transformando tudo o que pertence ao homem passível de intervenção e tratamento médico, de medicalização. Dentro desse pertencimento, encontram-se a doença, o transtorno mental, a loucura, a diferença e a socialização.

3.2 – Doença, transtorno mental e patologia

Assim como o hospício, a loucura abriu espaço, por meio do discurso clínico ou classificatório (nosológico), ao que hoje se chama de transtornos mentais, sendo vinculada a uma série de doenças e anormalidades comportamentais que, embora desenraizadas ao se tornar patologias do desenvolvimento, ainda representam o perigo à sociedade. Por isso, compreender os significados de “doença”, “saúde”, “normal” e “patológico” é um exercício importante para a análise sociológica do TDAH, uma vez que ele é considerado um transtorno mental e seus sintomas, comportamentos patológicos.

Para abordar esses conceitos, é essencial apreendê-los como produções resultantes de processos e relações sociais que variam de acordo com as experiências dos indivíduos. As representações sociais de saúde e doença²³ e de normal e patológico não são unas e inquestionáveis. Por isso, elas devem ser analisadas e interpretadas a partir dos próprios indivíduos que as formulam e significam, a fim de compreender pontos de vista particulares dentro da complexidade do mundo em que vivem esses sujeitos. Herzlich (1996) nos indica essa importância ao afirmar que a representação social de saúde e doença envolve um conjunto de valores, normas sociais e modelos culturais pensados e vividos pelos indivíduos de cada sociedade e, portanto, estudar como esse conjunto se elabora e estrutura significa compreender as imagens que se constroem sobre a saúde e a doença. Por tanto, nesta dissertação, não se trabalha com um único conceito científico de doença, saúde, transtorno, normal e patológico, mas com os diferentes conceitos, entendendo por que e como se formam, a fim de mostrar a influência social e cultural nesses processos.

A análise do TDAH nos coloca diante de uma ideia de doença que não se restringe a manifestações fisiológicas e orgânicas patológicas. Por ser um transtorno mental que se manifesta mais evidentemente por meio de comportamentos considerados patológicos, não se verificam modificações no funcionamento do organismo ou na estrutura do corpo. Por esse motivo, a psiquiatria abandonou, na década de 1980, o termo “doença mental” e adotou o “transtorno mental”, na tentativa de delimitar seu objeto de estudo e diferenciá-lo do objeto da biomedicina. Essa é a informação dada por um dos psiquiatras entrevistados:

Até a década de 80, na denominação se usava *doença mental*. Aí, os comitês de psiquiatras, a Comissão Mundial de Psiquiatria, a Organização Mundial da Saúde, a Associação Americana de Psiquiatria, eles falaram assim: a ideia, a noção de doença para as condições psiquiátricas, mentais, ela é uma noção extremamente médica, e doença, ela inclui, ela implica quase que uma alteração do corpo, uma alteração anatômica, patológica e tal. No caso das condições psiquiátricas, você não tem... é... identificado, não tem claro, essa alteração... numa parte do corpo, no tecido cerebral. Então, o conceito de doença, ele é muito *biomédico*, porque a ideia de transtorno, quer dizer, é algo... é uma noção um pouco mais frouxa, no sentido de que é algo que não tá funcionando bem, algo que não está indo bem, há um sofrimento, há um sofrimento por parte da criança, por parte do adulto, né, aí, é... há esse sofrimento independente de você

²³ Herzlich entende por “representação social da saúde e da doença” “l’expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société” (HERZLICH, 1996: 23). [A *experiência de cada um, os valores e as informações que circulam na sociedade* (tradução nossa)].

ter uma base anatômica, fisiológica clara, por isso que surgiu a ideia de transtorno no lugar de doença mental [...] (Médico psiquiatra 2).

Estabelece-se, assim, uma distinção entre doença e transtorno mental, o que implica a diferenciação de condições patológicas sofridas pelos indivíduos e também a distinção, ou melhor, a especialização de setores das ciências médicas. No entanto, o novo conceito levou a psiquiatria a sofrer críticas devido à formulação de um conceito “mais frouxo”, como disse o psiquiatra entrevistado. Definir um transtorno como algo que causa um sofrimento excessivo permite que a constatação da existência de transtornos seja subjetiva, pois o que causa sofrimento para um indivíduo pode não causar para outro. Como, então, chegar a um consenso? Essa parece ser a luta da psiquiatria ao criar manuais, compêndios e cartas de princípios. E o TDAH faz parte dessa batalha.

Nesse sentido, a psiquiatria produz modelos, define limites, cria critérios diagnósticos, enfim, trabalha com construtos para lidar com diferentes realidades e problemas que lhe são apresentados e para buscar uma maior objetividade de seus conceitos e de sua prática, a fim de minimizar os efeitos de sua subjetividade. Portanto, o TDAH também é um construto, pois se trata de um conjunto de sintomas determinados que o define e serve para detectar indivíduos que os apresentam, podendo, portanto, diagnosticá-los como portadores do transtorno. Isso significa que existe um determinado fenômeno, definido (em geral, socialmente) como um problema que deve ser resolvido. O fenômeno existe, mas sua constituição como problema é construída, assim como suas soluções. O que se deseja destacar é que causas, consequências e respostas a um fenômeno não estão, necessariamente, na essência de tal fenômeno, mas são descobertas e analisadas por meio de pontos de vista. Ou seja: podem existir inúmeras.

Nessa lógica, entender o TDAH como um problema genético que afeta os comportamentos infantis é apenas um ponto de vista, porém tornado o único verdadeiro. Na analogia do extraterrestre, exposta no capítulo anterior, o médico psiquiatra chamou a atenção para o cuidado que se deve ter com os construtos, uma vez que estão inseridos em uma realidade maior – a sociedade. Por que, então, a compreensão do vínculo estabelecido entre a sociedade e o TDAH é desvalorizada em vista dos pressupostos biológicos do transtorno?

Foucault (1975) distingue doença de doença mental, em primeiro lugar, por constituírem os objetos de estudo e de prática de diferentes ciências: a doença, objeto da medicina; a doença

mental, objeto da psiquiatria. Em segundo lugar, a doença faz parte da totalidade orgânica do indivíduo; “está inscrita no interior das virtualidades fisiológicas normais” e sua cura “está inscrita no interior dos processos da doença” (FOUCAULT, 1975: 18). Isso significa que a totalidade orgânica do doente é independente das práticas em relação à doença, no sentido de que não são elas que definem as reações patológicas dos indivíduos. Por outro lado, a doença mental encontra-se além das fases biológicas do desenvolvimento humano, envolvendo as histórias dos indivíduos, suas experiências e seus mecanismos psicológicos de defesa. Por esse motivo, a distinção entre normal e patológico nas doenças mentais torna-se difícil.

Mas, então, onde encontrar o desvio patológico? Na verdade, a patologia mental não é um desvio, tampouco a doença; são elementos e manifestações do tipo cultural. Ao contrário de Durkheim e dos psicólogos americanos, que definiram o desvio e o afastamento como natureza da doença, Foucault afirma que “na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros” (Ibidem, p. 74). Isso quer dizer que a identificação do doente mental e da doença mental somente é possível pela existência de um limiar que varia de cultura para cultura: as reestruturações sofridas pelas sociedades determinarão os elementos que permitem dizer que tal indivíduo é doente mental e o que deve ser feito com ele. É a história de uma sociedade que define os limites entre normal e patológico. Ou, em poucas palavras, as patologias mentais somente tornam-se reais se a cultura e a sociedade permitem. Nesse sentido, os conceitos “normal” e “patológico” apresentam difícil definição no campo psiquiátrico e o limite entre um e outro é tênue e flexível, podendo, por isso, ser determinados por razões subjetivas e, até mesmo, culturais (que os psiquiatras informantes chamam de “arbitrária”).

Canguilhem (2009) propõe uma definição de *patológico* contrária à média estatística, pela qual se interpreta o conceito como o oposto de normal. O normal é definido como *normatividade*, como adaptações ao meio ambiente²⁴ que permitem a sobrevivência, a criação de novas normas e a conservação das normas eficientes, enquanto o patológico é a existência de normas fracas e inferiores, que não permitem que o indivíduo se adapte ao meio e não crie novas normas. O patológico é, diferentemente do normal, ausente de normatividade – mas não de normas. A

²⁴ Para Canguilhem, essas adaptações são necessárias, porque tanto o meio quanto o indivíduo sofrem modificações. Usando os termos “normas biológicas”, para se referir ao organismo humano como ente biológico, e “meio”, à natureza em que vive esse indivíduo, retoma-os, vinte anos depois, sobre uma discussão do normal, das normas e do patológico que considera o homem também em sociedade e em relação com normas sociais.

mesma relação se estabelece entre a saúde e a doença: “A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 2009: 138). Sendo assim, os conceitos de normal e de patológico têm uma definição específica, mas como são detectados em relação a um determinado meio ou sociedade, o que é patológico em uma situação pode não ser em outra. Percebe-se, portanto, que o normal e o patológico estão relacionados diretamente a valores, o que impede, para Canguilhem, a patologia de ser objetiva, assim como a fronteira entre o normal e o patológico, e designa papel importante ao indivíduo, pois, é ele quem vive suas consequências e, conseqüentemente, avalia se determinada situação é normal ou patológica. Vale ressaltar que o doente não é doente – e, portanto, patológico – devido à ausência da norma, mas porque é incapaz de ser normativo, de adaptar-se e responder às exigências de seu meio.

Para Herzlich (1996), a saúde e a doença, assim como o normal e o patológico, formam-se enquanto representações sociais quando adquirem sentido para o indivíduo – sentido esse existente dentro de valores e modelos culturais compartilhados pela sociedade -, constituindo a realidade social. A saúde encontra-se totalmente no indivíduo, como sua parte constituinte e se define por um estado de equilíbrio e de atividade, em que o indivíduo pode desempenhar plenamente o seu papel social e ver-se integrado ao seu grupo. A doença, por outro lado, lhe é externa, existindo em seu meio, e a sua expressão se modula pela resistência ou não do indivíduo e pela relação que ele mantém com o seu meio. Ou seja, o indivíduo se encontrará doente quando seu papel social não se cumprir plenamente e quando ele estiver afastado ou desintegrado de seu grupo. Além de sentir-se doente, a sociedade considera-o como tal, o que se confirma e legitima por meio do diagnóstico médico. Nesse sentido, o diagnóstico, as receitas, os exames e os tratamentos condicionarão a cura e estruturarão a percepção e a experiência que o doente tem da doença. Em outras palavras, a experiência da doença é condicionada pela relação do doente com os outros, com a sociedade e com aquilo que se espera do papel do doente e do papel do médico.

Para Adam e Herzlich (2001), a doença pode ser destrutiva quando impede o trabalho e o cumprimento das atividades cotidianas, destrói os vínculos sociais e, conseqüentemente, a identidade do indivíduo doente; libertadora, quando o doente vê-se livre, por certo tempo, de um papel social indesejável; e definidora da identidade, quando a luta contra a doença torna-se um ofício a ser desempenhado pelo indivíduo. Assim, a experiência do doente modula a sua ideia de saúde e de doença, mas também se deve levar em consideração que essa experiência ocorre

dentro de determinada sociedade e determinada cultura, com seus significados, suas imagens e seus símbolos.

Contudo, encontra-se em Foucault (2006b) uma função para a construção do normal e do patológico. Para o autor, a distinção entre normal e patológico serve como estratégia de dispersão do poder disciplinar. Havendo modelos de classificação, os indivíduos podem ser divididos entre normais e anormais, o que significa que os primeiros não precisariam de intervenções, uma vez que se enquadram em qualidades e comportamentos esperados, e que para os segundos deve haver instituições ou estratégias de intervenção para que eles sejam corrigidos ou curados e passem a fazer parte do grupo dos “normais”. Mas esse processo não tem fim, já que, para Foucault, o poder disciplinar precisa dos resíduos, dos indivíduos que ele chama de “inclassificáveis” – aqueles que não se encaixam em quaisquer padrões considerados adequados -, porque somente assim poderão surgir novos sistemas de poder, de classificação e de intervenção para esses indivíduos “anormais”. Portanto, Foucault (1991) atribui às classificações o papel de marcar os desvios e hierarquizar as qualidades, castigando os “anormais” e recompensando os “normais”, um movimento de normalização que reafirma a positividade do normal a partir da negatividade do anormal.

Assim, as definições de normal e patológico, de saúde e doença baseiam-se em referenciais que, por sua vez, podem variar de indivíduo para indivíduo, sociedade para sociedade, contexto para contexto, mas também podem sofrer a ação de delimitações e padronizações feitas por saberes considerados legítimos para lidar com tais fenômenos e conceitos. Isso significa que, se uma pessoa tem determinado ponto de vista sob sua condição, ele pode ser modificado quando se recebe o “veredito” de um médico e seus critérios e classificações diagnósticos. No entanto, embora exista esse poder, ele não implica que os leigos não possam duvidar, criticar ou fazer demandas aos especialistas. Portanto, estão em jogo expectativas e esperanças pessoais, regras sociais, conhecimentos legitimados como verdadeiros, estratégias de convencimento, o que envolve não só o biológico, mas também o social, o histórico e o pessoal. É preciso ter em mente que a definição do TDAH, de seus sintomas e critérios diagnósticos cria, na realidade, diferenciações entre o normal e o patológico, o aceitável e o repudiado, mas também entre indivíduos - a criança adequada e a inadequada a determinados padrões socialmente estabelecidos -, sendo que a existência do inferior (o inadequado) reafirma e valoriza a do superior (o adequado ou o “normal”), criando uma relação desigual entre eles.

3.3 – Patologia, loucura e diferença

O estudo das diversas literaturas sobre doenças/transtornos mentais e as observações em campo, que serão exploradas nos próximos capítulos, permitem notar uma relação frequentemente mencionada entre patologia, loucura e diferença, sendo esta melhor representada pela ideia de estigma. Esse vínculo é mais frequentemente observado no contato entre leigos. Há uma clara referência ao transtorno mental como algo monstruoso, irracional, desorganizado, assustador e imprevisível, contrariando a regras e a paz social. É interessante observar que o termo “transtorno” implica a ideia de incômodo, perturbação e contrariedade, o que fica mais claro no termo inglês *disorder*: dis-order, o contrário da ordem, a desordem, o caos. Ou seja, os termos usados pela psiquiatria para indicar patologias carregam consigo a ideia socialmente construída de desordem, irracionalidade e loucura.

O descontrole é encontrado nos escritos de Elias (1993) como o perigo ao processo civilizador, entendido, por sua vez, como “uma mudança na conduta e sentimentos humanos rumo a uma direção muito específica” (ELIAS, 1993: 193). Em sociedades complexas, o indivíduo é compelido a apresentar comportamentos socialmente aceitáveis, que garantam a ordem nas redes de relações entre os mais diversos indivíduos. Fazendo uma analogia aos sistemas rodoviários, o autor afirma que, nas sociedades complexas, o controle externo das redes baseia-se no pressuposto de que cada indivíduo controla precisamente sua conduta, sendo que “o principal perigo que uma representa para a outra nessa agitação toda é o de perder o controle. Uma regulação constante e altamente diferenciada do próprio comportamento é necessária para o indivíduo seguir seu caminho pelo tráfego” (Ibidem, p. 197). Perder o controle nessas sociedades é sinônimo de perigo e ameaça ao outro e de desvantagem social frente aos indivíduos “civilizados”, capazes de moderar as emoções espontâneas, controlar os sentimentos, ampliar a percepção para além do presente, incluindo passado e futuro, ligar os fatos em cadeias de causa e efeito (Ibidem, p. 198).

Assim, mesmo sem falar da loucura, Elias dá a chave para a compreensão do fenômeno em relação à necessidade socialmente construída de internalização do autocontrole de condutas e emoções, fazendo lembrar o que Foucault chama de poder disciplinar: a apropriação exaustiva do corpo, a ocupação do tempo e da vida dos indivíduos, o controle e a vigilância intensos e precisos de comportamentos, movimentos e gestos a fim de criar indivíduos organizados, dóceis e úteis.

Sobre a loucura, este autor revê a história da loucura na sociedade ocidental – durante a Idade Clássica -, passando de sua exaltação ao medo por ela inspirado (FOUCAULT, 2008a). O louco era representante da desrazão, da irracionalidade, em oposição à razão, à lógica e, conseqüentemente, à nova sociedade que surgia nos séculos XVIII e XIX. Assim, ao louco foi designada a exclusão da sociedade e, depois, a cura, para que ele pudesse voltar à sociedade como um indivíduo normal. Quando a loucura é apropriada pela psiquiatria, em seu discurso clínico e nosológico, é disfarçada sob a denominação de doença mental, que passou a ser associada pela sociedade ao desvio, criando-se um estereótipo da loucura e do louco que, atualmente, ainda apresenta tal associação. Segundo Sander Gilman (1985), todos os indivíduos criam imagens de coisas que temem ou glorificam que, por tocar em sentimentos reais, passam a ser entendidas também como entidades do mundo real, designadas por classificações e apartadas dos indivíduos. Assim são criados os estereótipos (GILMAN, 1985: 15). Desenvolvendo uma análise psicanalítica e histórica da criação de estereótipos, Gilman afirma que a partir das etapas de formação da personalidade individual em que ocorre a distinção entre o sujeito e o objeto (transformado posteriormente no “Outro”), o *self* é dividido entre o “bom” e o “mau”, entre a percepção de possibilidade e a de impossibilidade de se controlar o mundo exterior, sendo esta a responsável pela exposição do indivíduo a ansiedades. Em outras palavras, a ansiedade é originada pela percepção de que a ordem entre o *self* e o Outro foi alterada e os estereótipos são uma forma de o indivíduo lidar com essas instabilidades.

No entanto, o estereótipo não se forma aleatoriamente, uma vez que são criados em relação a estruturas, imagens e conceitos social e historicamente estabelecidos. Então, se a ansiedade causada pela percepção da desordem e da falta de controle é direcionada ao Outro, criam-se imagens, categorias, rótulos e classificações para esse Outro baseadas na ideia de diferença como algo ameaçador da ordem e do controle. E, por meio de analogias, esse estereótipo criado pode ser relacionado à patologia (linha desenhada entre o “bom” e o “mau”, sendo a doença mental o modelo de patologia mais poderoso) e à loucura (perda do controle e da linguagem e violência), o contrário do controle e da razão, que definem o *self*. Isso significa que quando a impossibilidade de controle do *self* é projetada no Outro como diferença e patologia, a ansiedade do indivíduo se esvai, deixando para o Outro (o objeto) o peso da anormalidade, do desvio, do mal, da doença. Por isso são importantes para o indivíduo os estereótipos e as classificações, que o diferenciam (como ser “normal”) do Outro (“anormal”). E essas rotulações

são aceitas quando o contexto histórico e social e as representações e percepções dos indivíduos condizem com elas. No caso das doenças e dos transtornos mentais, a medicina tem papel fundamental nessa aceitação, pois, além de ser uma representante da ciência e sua objetividade, é responsável pelos males do corpo e da mente, face aos quais os indivíduos sentem-se impotentes.

Erving Goffman (1988), um dos representantes da Escola de Chicago, dedicou-se ao estudo das interações entre indivíduos e das “instituições totais”, locais onde o indivíduo era isolado da sociedade a fim de que suas atividades fossem concentradas e normalizadas. O conceito com que Goffman trabalha e que interessa a essa pesquisa é o *estigma*²⁵. Segundo o autor, os gregos usavam sinais corporais para expor algo incomum ou ruim possuído pelo indivíduo, advertindo os demais indivíduos que ele deveria ser evitado, especialmente em lugares públicos. Esses sinais eram chamados de estigma. Atualmente, a ideia de estigma está próxima do conceito grego, porém se refere menos a uma marca corporal do que ao fato que levou à exposição do indivíduo. Portanto, para diferenciar o que é bom e ruim, o que é aceito e repudiado, a sociedade estabelece categorias e atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada categoria. Isso permite prever, já em um primeiro contato com uma pessoa desconhecida, a qual categoria o indivíduo pertence. Esse caráter imputado ao indivíduo estranho é denominado *identidade social virtual* e as categorias e os atributos que esse indivíduo prova realmente possuir, *identidade social real*. Se não houver concordância entre os dois tipos de identidade, o indivíduo será reduzido a uma pessoa “estragada e diminuída”, até mesmo imprópria para ser considerada um ser humano. Ou seja, ela passa a carregar um estigma. Por esse motivo, o estigma é um atributo profundamente depreciativo.

Outro conceito relacionado ao estigma é o de *desvio*. Tanto para Goffman (1988) quanto para Becker (2008), para que haja um desvio, é preciso haver normas socialmente instituídas. As “regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como ‘certas’ e proibindo outras como ‘erradas’” (BECKER, 2008: 15). Se as regras impostas forem infringidas por um indivíduo, ele será considerado um tipo especial: um *outsider* ou um desviante. Dessa forma, os grupos sociais são responsáveis pela produção e

²⁵ Atualmente fala-se sobre *bullying*. Do inglês “comportamento agressivo e intimidador”, é uma prática em evidência nas escolas, especialmente nos Estados Unidos, em que uma criança (o agressor) agride física ou verbalmente outra, mais frágil (a vítima), devido à consideração do outro como alguém negativamente diferente, que se comporta de forma bizarra. Em português, há o verbo “bulir”, que significa “brincar”, “gracejar”, “provocar”, “aborrecer” (LUFT, 2010: 102).

imposição de regras a serem seguidas por todos os indivíduos e pela categorização e classificação de atitudes certas e erradas, adequadas e inadequadas. Mas Becker chama a atenção para o uso indiscriminado do termo “desviante”: da mesma forma que os grupos sociais (munidos de poder para tal, devido a sua posição social) julgam os infratores das regras como desviantes, estes podem considerar os seus juízes como incompetentes ou ilegitimamente autorizados ao julgamento, definindo-os, por sua, como desviantes. É por esse motivo que a prática, o discurso e os conhecimentos médicos devem ser legítimos, para que não corram o risco de serem julgados como incompetentes.

Enfim, os desvios são criações da sociedade que rotulam aqueles que infringem as regras impostas. Assim como Goffman, para quem o estigma e o desvio constituem-se em situações sociais de contato misto em que as normas não foram realizadas, Becker valoriza a interação entre indivíduos, relevando que o conceito cria-se em uma situação de interação: “Desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete um ato e aquelas que reagem a ele” (BECKER, 2008: 27). Portanto, além dos desviantes, existem os criadores e os impositores de regras. Os primeiros, segundo o autor, não querem simplesmente levar os outros indivíduos a fazer o que consideram correto, mas acreditam que as regras serão benéficas aos indivíduos. Os segundos atuam com o fim de justificar a existência da imposição das regras e de ganhar o respeito das pessoas com quem lidam. Tendo em vista uma regra já existente, os impositores profissionais devem descobrir, identificar e punir os infratores, ou ainda notá-los como “‘diferentes’ e estigmatizados por sua não-conformidade” (Ibidem, p. 167), criando “desviantes particulares que a sociedade vê como outsiders” (Idem).

Assim como os autores compreendem que os indivíduos não refletem sobre o uso dos rótulos, é preciso levar em consideração sua perpetuação. As crianças “excepcionais”, estudadas por Dorith Schneider (1974) – no Rio de Janeiro, na década de 1970 - e chamadas de “alunos excepcionais”, revelam esse fato. Observadas suas dificuldades e seu atraso de aprendizagem pela professora, a criança era submetida a um teste de inteligência que permitia seu diagnóstico e a constatação de que ela era realmente um aluno excepcional. Ela era uma criança diferente e que apresentava características típicas, como turbulência, agressividade, tendência à frustração, teimosia, indisciplina, falta de concentração, inquietação (Essas características soam familiares?). Considerados inerentes aos indivíduos, esses sintomas definiriam o aluno excepcional como uma categoria social. “Uma vez definidas como desviantes, a tendência será sempre procurar nas

crianças os sinais e sintomas do seu desvio; quaisquer manifestações de sua parte servirão de prova de sua ‘excepcionalidade’” (SCHNEIDER, 1974: 73). Assim, o rótulo de desvio implica que o desviante estará sempre sujeito a uma relação anormal com os demais indivíduos, o que se perpetuará pelo restante de sua vida. Segundo a autora, quando essa criança se formar, portará um diploma estigmatizado e, conseqüentemente, desvalorizado, o que dificultará sua entrada no mercado de trabalho. Essa estigmatização contínua e perpétua parece ser uma punição social àqueles que se desviam das regras. Para Foucault (1991), a punição desempenhada pelo estabelecimento de um poder disciplinar dentro de instituições e sobre os corpos destaca a diferença por meio da comparação, diferenciação e hierarquização dos indivíduos, mostra-a como negativa por meio da punição e da exclusão e, valorizando o seu oposto, normaliza-a e silencia-a.

Esses autores revelam que a impertinência de um indivíduo a seu grupo (por exemplo, a criança que não aprende adequadamente na escola) perpetua-se e expande-se enquanto o indivíduo mantiver suas características excludentes, ainda mais se elas forem cientificamente provadas como patologias graves e incapacitantes. O estigma, então, relaciona-se à identificação, à punição e à construção da necessidade de adaptação, de correção, desse indivíduo para que ele possa integrar-se e viver como um alguém socialmente reconhecido como “normal”. Quando se volta a uma análise sobre crianças com TDAH, deve-se pensar qual são os modos pelos quais a criança se insere na sociedade, sua relação com a patologização de seus comportamentos e sua identificação como um “diferente” ou um “desviante”.

3.4 – Socialização, cuidado adequado com a criança e patologias infantis

A família é a primeira instituição da qual a criança faz parte, onde ela recebe cuidados acerca de seu desenvolvimento, alimentação, vestuário etc. e orientações morais e sociais para a vida em sociedade. Depois de alguns anos após o nascimento da criança, a escola aparece como outra instituição que inserirá esse indivíduo em sociedade, no entanto, impondo-lhe regras mais rígidas que envolvem não só a vida em sociedade, mas também o aprendizado de um conjunto de disciplinas definidas por adultos. Na escola, a criança adentra a um conjunto de regras morais que moldam seu comportamento e disciplinares que adestram seus corpos, esquemas classificatórios, comparativos e competitivos com os quais se avalia seu desempenho e em tarefas e horários

padronizados. A criança, então, encontra-se em uma instituição que Foucault chama de disciplinar, sendo uma das quais promove a socialização infantil.

Durkheim (1968) sustenta que a educação é a “socialização metódica da jovem geração” (DURKHEIM, 1968, p. 41. Tradução nossa)²⁶, uma vez que, para ele, a criança é uma tabula quase rasa sobre a qual a educação imprime as regras da vida moral e social destinadas ao organismo individual e natural. Em outras palavras, a educação, por meio da socialização, cria na criança estados físicos e mentais (regras da vida moral e social) que sua sociedade e seu grupo social particular consideram essenciais a seus membros, preparando-a para se tornar ser social: o adulto. Rousseau (1995), embora afirme que a criança deva ser protegida da imoralidade dos adultos, eleva-os (mais especificamente a mãe) como responsáveis pela educação e pelo cuidado com a criança, caracterizada pela fragilidade, debilidade e necessidade de assistência e de inteligência para se tornar um adulto. Em um sentido semelhante ao da sociologia clássica, porém em um tom crítico a esse processo, Chombart de Lauwe (1991) vê na socialização, definida como a passagem do mundo infantil para o mundo adulto (a sociedade), a submissão das crianças às “suas regras, seus modos de ver e de pensar” (CHOMBART DE LAUWE, 1991: 327).

Segundo uma visão psicológica, “socialização” é entendida como um processo interativo pelo qual a criança satisfaz suas necessidades, assimila a cultura de seu meio e permite que a sociedade se desenvolva e se perpetue (BORSA, 2007). Nesse novo meio, a criança cria sua identidade de ser e pertencimento e assimila valores, normas, costumes, papéis sociais e habilidades, aprendendo “a evitar as condutas consideradas socialmente indesejáveis e a aquisição de determinadas habilidades sociais” (Ibidem, p. 02). Por outro lado, Mollo-Bouvier (2005), representando uma vertente sociológica que vem valorizando a criança como ator social, apresenta a socialização infantil como um processo de constantes ajustes do sujeito a si mesmo, ao outro e ao meio, sendo também a própria criança sujeito de sua socialização. O que é mais interessante no artigo da autora é sua percepção de que existem diferentes modos de socialização infantil, porém todos determinados pelas mudanças e exigências sociais, provenientes do mundo adulto. E entre essas mudanças sofridas pelos pais e que afetam a socialização da criança estão: “[...] generalização do trabalho das mulheres, urbanização e afastamento do domicílio em relação

²⁶ “[...] *l'éducation consiste en une socialisation méthodique de la jeune génération*”.

ao local de trabalho, aumento da precariedade econômica com o crescimento do desemprego, transformações na família” (MOLLO-BOUVIER, 2005: 392).

Aprende-se dessas definições que, embora a criança possa ser entendida como um ator social, ela sempre estará em contato com seu contexto social, histórico, cultural, político e econômico, com os adultos e suas regras e expectativas e com outras crianças. Apesar de que cada autor fala a partir de lugares e tempos diferentes, a ideia de que a criança é submetida a regras e a demandas alheias arrasta-se até a atual sociedade brasileira. Há consensos, criados pelos adultos, sobre como a criança deve ser e se comportar: a criança deve brincar e aproveitar sua infância, mas ela deve também estudar e apresentar bons rendimentos e desempenhos escolares, já que um dia ela crescerá, será adulta e precisará de sua aprendizagem – ou pelo menos do diploma – para ingressar e ser bem sucedida no campo profissional; ela não deve desrespeitar os demais indivíduos, especialmente se eles forem adultos, obedecendo às suas ordens e orientações; ela não deve se exaltar, pois há lugares apropriados para brincar, correr, gritar, sendo que, nos lugares inapropriados, ela deve ser contida. É interessante notar que o DSM traz como uma das indicações comportamentais da possibilidade de existência do TDAH a “*dificuldade em brincar ou ficar em silêncio durante o lazer*”, mostrando claramente que o controle da corporalidade, das emoções e de qualquer tipo de manifestação expressiva é desejado mesmo nas brincadeiras, momentos em que a criança teria espaço para se expressar e se descontraír.

A criança está em evidência nos dias atuais, pois ela parece ser ameaçada pela violência do mundo onde vive: abuso sexual, exploração de menores, educação de má qualidade, fome, saúde precária, envolvimento em roubos, venda e uso de drogas são alguns dos problemas que assolam as crianças brasileiras e que demandam atitudes dos adultos. Ela é sujeito de direitos, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, e também de deveres, sendo a educação e o lazer (a brincadeira) as principais referências quando se pensa em crianças. No entanto, quando se buscam estudos ou notícias sobre a criança e a infância, encontram-se discussões desde os problemas sociais que as envolvem até – e de uma forma mais discreta – uma tendência a considerar a infância como um período da vida em que ainda não se tem as responsabilidades dos adultos, uma fase de desenvolvimento e formação da personalidade, de preparação para o futuro, marcada por determinados padrões de desenvolvimento físico, intelectual e moral que lhe dão um caráter natural, e a criança, como um ser indefeso, imaturo e inocente, guiado pelos adultos ao

mundo adulto, sem que seja considerada um ator social. Percebe-se, assim, uma oposição “natural” entre o biológico e o social, o que coloca a infância como entidade biológica marcada por fases, padrões de desenvolvimento e de aprendizagem em um espaço social determinado pelos desrespeitos à criança e demandas acerca do que ela deve ser e como deve se comportar.

Ariès (1981) questiona o caráter biologizado da infância ao refazer o percurso histórico do sentimento de infância e averiguar que as ideias e abordagens em relação às crianças não são imutáveis. Analisa que, no fim da Idade Média, as crianças recebiam poucos cuidados de suas famílias e autoridades públicas, uma vez que guerras, fome e pestes dizimavam grande parte da população, especialmente os indivíduos mais frágeis. Antes do século XVII, na Europa, eram comuns o infanticídio e o abandono de crianças “bastardas”, “órfãs”, “degeneradas” nas “rodas”²⁷, o que revela o sentimento diferente do atual em relação a esses indivíduos.

Entretanto, com o fim da Idade Média e o início do Iluminismo, ocorreram mudanças nos hábitos, costumes e formas de pensar que possibilitaram uma mudança de perspectiva e de abordagem sobre a infância: as crianças passaram a ser vistas como seres inocentes e frágeis, que deveriam ser valorizados e respeitados distintamente em relação aos adultos. Estabeleceram-se diferenças antes inexistentes entre adulto e criança, menino e menina, entre as idades e as classes sociais. Os jogos, que antes agrupavam adultos e crianças, tornaram-se atividades exclusivamente infantis, enquanto o trabalho foi valorizado e transformado em característica essencial e moral da vida adulta.

A escolha, regulamentação e controle dos jogos, no entanto, eram feitos pelos jesuítas, visto que as crianças deveriam ser retiradas do contato com as imoralidades da sociedade e do mundo adulto para que não fossem desvirtuadas. Desse modo, os jogos foram transformados em meios de educação. “Assim disciplinados, os divertimentos reconhecidos como bons foram admitidos e recomendados, e considerados a partir de então como meios de educação tão estimáveis quanto os estudos” (ARIÈS, 1981, p. 112).

Com o pretexto de prezar pela educação, moral e saúde infantis, essas novas práticas e mentalidades distanciaram a criança do mundo adulto e desenvolveram o sentimento da infância, que logo se difundiu através das famílias e sociedades. Dessa forma, o autor renova os estudos

²⁷ Sistema de recolhimento de crianças abandonadas. A mãe deixava a criança na roda para ser cuidada em instituições, mantendo-se o anonimato. O abandono era comum nos casos de crianças “bastardas”, devido à rigidez dos costumes e da moral da época (FREITAS, 2006; RIVORÊDO, 1996).

sobre o tema ao propor que é necessário apreender a infância dentro da dinâmica histórica, o que significa considerá-la um conceito construído histórica e socialmente, conceito esse também dinâmico, muito diferente da ideia comumente difundida pela sociedade de que a infância é meramente uma fase biológica da vida do indivíduo. Em consequência, essa nova concepção sobre a criança permite traçar o que há de social em sua vida, incluindo suas relações e interações com outros indivíduos, atividades, expressões e doenças. Permite, assim, que se estabeleça um vínculo entre sociedade, infância e TDAH.

Quem nunca ouviu alguém – geralmente mais velho - dizer “essa criança é desobediente porque os pais não a educaram direito” ou “no meu tempo, quando criança, a gente tinha que obedecer aos pais e professores, senão apanhava ou ficava de castigo”: os pais e professores, principalmente as mulheres, eram tidos como responsáveis pela educação e cuidado de crianças e jovens. Os tempos eram outros: a família era apontada como responsável pela disciplina, instrução formal e socialização da criança e pela reprodução e introdução no indivíduo de padrões culturais (COSTA, 1999); no entanto, o aumento do número de divórcios, a valorização do trabalho e a entrada da mulher no campo profissional, entre outras mudanças sociais e familiares, deixaram as crianças em casa com babás, avós ou irmãos mais velhos, mais tempo nas escolas e entregues a outros adultos, mais especializados no cuidado infantil. Lasch (1991) afirma que o antigo “amor romântico” e a estrutura familiar nuclear deu lugar a conceitos de casamento e família derivados da ciência e da tecnologia, segundo os quais ter uma família bem constituída, filhos bem criados e atingir o orgasmo resultavam de técnicas corretas, ensinadas por profissionais e manuais especializados. Isso abriu espaço para o surgimento e atuação de novas instâncias que se apropriaram do mundo particular da família e da infância: escola, justiça, medicina, psicanálise, psicologia e psiquiatria. Já se falou aqui sobre os movimentos higienista e puericultor.

A modificação da estrutura familiar, a valorização da mulher e da criança e a especialização do cuidado da criança parecem abrir espaço para o destaque dado às patologias infantis, especialmente àquelas que se referem a desvios em seu desenvolvimento intelectual e de aprendizagem ou, em outras palavras, de socialização considerada adequada. Em consonância com essas modificações, Donzelot (1980) aponta uma “reorganização dos comportamentos educativos” elaborada e concretizada pelos especialistas sobre a estrutura familiar e dividida em dois polos: 1) difusão da medicina doméstica, entendida como o “conjunto de conhecimentos e de

técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais” (DONZELOT, 1980: 22); e 2) estabelecimento de uma “economia social”, entendida como “todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia” (idem).

Embora o autor remeta a uma clara distinção de classes, o que é mais interessante é a forma como a legitimidade dos saberes especializados é usada para obter, dos mais diversos indivíduos, disciplina, vigilância e controle e tornar os sujeitos mais dóceis ao tratamento médico e à cura das doenças. O intuito era minimizar o desperdício de forças vivas, “indivíduos inutilizados ou inúteis” (Ibidem, p. 29), essenciais ao Estado, estendendo-se à atualidade, aos interesses da economia capitalista na formação de futuros cidadãos.

Donzelot, então, analisa as oposições burguês/popular. A família burguesa se retrai para controlar seus inimigos (os serviçais), tendo o médico como aliado, enquanto a família popular retrai-se e fecha-se em si mesma, em uma relação circular de vigilância constante contra outros perigos externos: “as tentações do exterior da casa, o cabaré, a rua” (Ibidem, p. 47). A mulher burguesa foi valorizada como responsável pelas tarefas educativas, estabelecendo uma continuidade entre as atividades familiares e as atividades sociais, enquanto a mulher popular teve de trabalhar, o que se opõe ao seu status materno e à sua função de guardiã do lar. A criança burguesa foi rodeada por um “cordão sanitário”, dentro do qual seu desenvolvimento seria auxiliado “por todas as contribuições da psicopedagogia postas a seu serviço e controlado por uma vigilância discreta” (Ibidem, p. 48) – chamado de “liberação protegida” -, enquanto a criança popular teve sua liberdade limitada por técnicas que as dirigiam a espaços de maior vigilância, como a escola ou o lar, para que fosse retirada da rua e colocada em espaços organizados e controlados, para que tivesse uma “liberdade vigiada”. O vagabundo é, assim, a figura do ócio, da inutilidade, do caos, da doença. O autor encontra na vagabundagem o caminho pelo qual a psiquiatria encontra na infância a possibilidade de intervenção. A loucura, a indisciplina, a degeneração tornam-se marcas da patologia mental (Ibidem, p.120).

Encontram-se, assim, os objetos contra os quais a medicina e o Estado lutavam: o ócio, a indisciplina, a loucura, enfim, a degeneração dos indivíduos, da população, da Nação. É interessante observar que essas características nefastas, acrescidas a emotividade e o excesso de

imaginação, são definidas como infantis, o que aproxima a criança – em sua essência, sem mesmo ser afligida por alguma doença (mental) - ao louco: a irracionalidade e o descontrole de ambos devem ser controlados para que a sociedade mantenha-se “em paz”.

A criança desviante, aquela que se afasta da média e do ponto ideal (a média do desenvolvimento definido como adequado à criança e o ponto ideal que é o adulto em seu desenvolvimento pleno, normal), é então considerada um problema ainda maior, não por ser louca, mas sim anormal, idiota ou retardada (FOUCAULT, 2006b). Desviante dos padrões de desenvolvimento definidos para as crianças, ela possui uma condição que demanda cuidados especiais e profissionais especializados para ajudá-la a ser o que deveria. Para ela, são criadas novas classificações e novos mecanismos terapêuticos que, segundo Foucault, transformem-na em corpo dócil. O autor encontra nos escritos de Voisin algumas características das crianças que deveriam ser cuidadas por uma “psiquiatria infantil” europeia no século XIX (que se assemelham tanto aos atributos dos loucos quanto às atuais crianças com TDAH): “um caráter difícil, uma dissimulação profunda, um amor-próprio desordenado, um orgulho incomensurável, paixões ardentes e inclinações terríveis” (FOUCAULT, 2006b: 279).

Atualmente, muitas correntes científicas, como algumas vertentes das ciências médicas e da psicologia, adotam uma padronização do desenvolvimento infantil que estabelece estágios com características próprias a serem observadas nas crianças, dividindo-as em grupos etários. Esse tipo de abordagem, embora possa ser considerado apenas um modelo para estudo e compreensão de fenômenos infantis, possibilita uma distinção entre crianças enquadradas nesses padrões e crianças com desenvolvimentos inadequados, ou, em outras palavras, entre crianças “normais” e “anormais”. Essa tendência foi mostrada por Foucault (2006b) ao analisar as definições de idiotia, demência e retardo em crianças feitas por Esquirol, Belhomme e Seguin no século XIX: patologias do desenvolvimento infantil tendo como referência o desenvolvimento final e ideal do adulto e a média das crianças. A escola, em consequência, torna-se o espaço privilegiado de avaliação do desenvolvimento infantil e suas tendências “antissociais” e o local mais adequado para classificar os comportamentos infantis e identificar os desvios, onde educação e controle tornam-se, mais claramente, sinônimos. Segundo Georges Heuyer, a escola é o “laboratório de observação das tendências anti-sociais” (HEUYER apud DONZELOT, 1980: 121).

Dentro da família, a criança socializa-se restritamente a um pequeno grupo de pessoas e de regras – que representam as regras sociais -, e é na escola onde a criança se depara com pessoas e normas diferentes, mais exigentes. Como foi dito anteriormente, nesse espaço, a criança é incorporada a esquemas classificatórios, competitivos e avaliativos que bonificam os “bons” e marcam negativamente os “maus”. Além de inculcar-lhes as regras sociais e culturais de seu meio, a escola atua por meio de modelos padronizados, que tendem a massificar as ideias e os comportamentos e a adestrar, em consequência, os corpos e as emoções utilizando horários rígidos, atividades físicas e intelectuais predeterminadas (que não consideram as diferenças naturais, culturais e sociais dos indivíduos), castigos (não necessariamente físicos, que hoje são abominados pela sociedade) etc.

No entanto, a escola, atualmente, vem perdendo sua autoridade notória quando se trata de crianças “doentes”. As instituições escolares e seus representantes e funcionários não sabem o que fazer com crianças com dificuldades, diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais – e aqui se atem exclusivamente ao TDAH para não se perder o foco da discussão, já que também é possível falar de dislexia e outros transtornos de aprendizagem -, o que tem uma consequência particular: a profissionalização do cuidado a essas crianças “excepcionais”, utilizando o termo de Schneider (1974). Criam-se instituições e formam-se profissionais dedicados à socialização infantil, à educação conforme as exigências sociais e morais, à formação de indivíduos para o futuro. A criança passa a ser observada de perto por “olhos científicos”, que privilegiam a normalidade, tanto intelectual quanto social, e diagnosticam os desvios.

Já ressaltai o peso dos saberes psicológicos para definir e legitimar modelos padronizados de desenvolvimento e escolarização. Essas cauções que as práticas sociais e os conhecimentos se conferem reciprocamente têm favorecido uma intensa atividade de observação e de medição dos desvios em relação a essas normas. Assim, as instituições têm desenvolvido diagnósticos, cada vez mais precoces, dos sintomas de toda forma de anormalidade, o que por sua vez gerou uma rede institucional e profissionalizada bastante florescente (MOLLO-BOUVIER, 2005: 398).

Destacam-se três pontos do excerto acima: a padronização de modelos de comportamento e escolarização; a observação e o controle dos desvios; e a “profissionalização” dos responsáveis pela socialização da criança. No primeiro, a escola é responsável pela transmissão da cultura e de conteúdos escolares, mas, acima de tudo, pela inserção de diferentes crianças em modelos únicos,

que padronizam formas de pensar, agir e reagir e avaliam desempenhos. Seus corpos são adestrados a horários e atividades predeterminados e que correspondem às exigências sociais e morais. No segundo, consequência do primeiro, os desvios – as crianças que não “respeitam” os modelos de escolarização e socialização – são observados, diagnosticados, marcados e tratados, uma vez que a ciência (médica) os classifica como portadores de comportamentos patológicos, sintomas de transtornos mentais. Em outras palavras, além de se distinguir os “bons alunos” e “maus alunos”, as “boas crianças” e as “más crianças”, distinguem-se as “crianças normais” e as “crianças problemáticas”. O que leva ao terceiro ponto. A classificação dos desvios e a definição de seus problemas exigem profissões e saberes especializados, como o psiquiatra, o psicopedagogo e o psicólogo, fazendo com que pais e professores tornem-se ignorantes no cuidado e educação das crianças diagnosticadas.

Mas cabe perguntar: por que crianças “problemáticas” são marcadas negativamente e devem ser tratadas por profissionais especializados? Para introduzir a discussão que a resposta suscita, a ser explorada em profundidade nos capítulos seguintes, utiliza-se a ideia corrente de direitos e deveres: deve-se dar à criança todo o tratamento necessário ao seu pleno desenvolvimento (educação, saúde, alimentação etc.) para que, no futuro, ela exerça seus deveres de cidadã. Em qualquer um dos casos, o ponto central é o adulto que a criança será, e um “bom adulto” é aquele que tem uma família e um trabalho. Nesse sentido, as normas sociais, difundidas pelas famílias e escolas, os movimentos higienista e puericultor e a detecção e tratamento dos “desvios” visam ao futuro adulto e, em última instância, à sociedade.

Retomando Donzelot (1980), ele afirma que surgem uma higiene social, definida como uma ciência econômica que visa a produção e reprodução, a conservação, a utilização e o rendimento do capital ou material humano, e uma sociologia normativa, que considera o homem um material industrial ou uma máquina animal (DONZELOT, 1980: 168). Essa ideia aproxima-se do conceito de biopoder de Foucault (1977), poder pelo qual se controlam os indivíduos e se regulamentam as populações e elemento indispensável, segundo o autor, ao desenvolvimento do capitalismo nos séculos XVIII e XIX, que dependeu da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e do ajustamento das populações aos processos econômicos (FOUCAULT, 1977: 132).

Isso significa que, para desenvolver-se e perpetuar, o capitalismo precisa de indivíduos cujos corpos, comportamentos e emoções estejam controlados e adaptados ao trabalho constante

e intenso, para que muito seja produzido em pouco tempo. Precisa, assim, de indivíduos eficientes, produtivos e submissos, o que se torna uma exigência tanto das sociedades dos séculos XVIII e XIX quanto de sociedades capitalistas atuais. Segundo Elias (1993), no processo civilizador, quanto mais complexa a rede de relações entre os indivíduos em um dada sociedade - resultante de competições acirradas, processo de diferenciação social, progressiva divisão de funções sociais e crescimento de cadeias de interdependência -, maiores são os autocontroles conscientes e automáticos dos indivíduos a fim de comportar-se “corretamente” e evitar transgressões do comportamento socialmente aceitável (ELIAS, 1993: 196).

Em sociedades capitalistas, baseadas no trabalho, na produção (de bens, serviços e conhecimentos) e no lucro, “comportar-se corretamente” pode ser entendido como ser eficiente e produtivo (ideia transmitida de geração para geração, do mundo adulto para o mundo infantil), restando-lhe pouco tempo e espaço para questionamentos e reflexões. A criança já é adaptada desde cedo a essa lógica para que, no futuro, seja um indivíduo “correto”, o que implica que sendo um investimento para o futuro, a criança importa no presente apenas como um vir-a-ser. E em tempos em que muitos problemas comportamentais em crianças são descobertos e tratados como sintomas de transtornos mentais, o investimento no futuro da criança passa a incluir visitas constantes a especialistas e uso de medicamentos.

Lima (2005: 37) afirma que os pais não mais se sentem capazes de cuidar dos filhos e cumprir seus papéis domésticos sem recorrer à supervisão dos especialistas e Lasch (1991: 149) vê nessa incapacidade socialmente construída uma brecha para a expansão do que ele chama de “indústria da saúde”, a produção de diagnósticos e serviços de saúde que, trabalhando o sentimento de culpa nos pais, recebe deles a demanda por serviços psiquiátricos. Em outras palavras, o autor revela um fenômeno que se retroalimenta por meio do sentimento de culpa: ao se “descobrir” doenças e transtornos mentais, estabelecer diagnósticos e propor tratamentos, criam-se a imagem de pais de “mãos atadas” e o sentimento de culpa, pois já não sabem mais como melhorar a situação de seus filhos, uma vez que acreditam se tratar de um problema biológico. A culpa, entretanto, também resulta da indisponibilidade de tempo e forças dos pais para a educação e lazer dos filhos, uma vez que devem trabalhar muitas horas por dia, que não sabem o que fazer e que dependem de terceiros para desempenhar essas tarefas. Desprovida de suas funções “tradicionais”, a família perde-se enquanto “refúgio de um mundo sem coração” (LASCH, 1991) e deixa seus filhos nas mãos de especialistas considerados mais competentes.

Essa necessidade de um cuidado especial com as crianças, independentemente da situação cultural, social ou financeira da família, reflete-se na frase de Calligaris (1994), “vestida de feliz, a criança é a caricatura da felicidade impossível”. Exigem-se das crianças a disciplina e o bom desempenho escolar para que ela “seja alguém” no presente e no futuro e, assim, seja feliz, realizada e capaz de alcançar a felicidade com a qual seus pais sonham, mas que já lhes é impossível.

O autor ainda enfatiza que quando a criança não corresponde a essa imagem de esperança, esta se perde e a criança passa a ser algo sem valor, já que não corresponde mais aos “devaneios” dos adultos desiludidos: “Seu corpo, desinvestido narcisicamente, se oferece ao sexo, sua morte não nos afeta, pois, de qualquer forma, ela não poderia mesmo, realmente, ser o espelho miniaturizado de nossa felicidade” (CALLIGARIS, 1994). Dentro e fora dos muros da escola, há uma demanda (dos adultos às crianças) de realização dos sonhos e, ao mesmo tempo, de edificação de uma sociedade melhor (MOLLO-BOUVIER, 2005: 398); de desabrochamento e “boa socialização”, entendida como normalidade social.

Acompanhando essas mudanças e exigências, cresce exponencialmente o número de doenças infantis do comportamento e da aprendizagem – TDAH, dislexia, transtorno de conduta etc. Antes, a histeria, a perversão, a idiotia e o retardo eram males infantis que indicavam o indivíduo anormal e a necessidade de corrigi-lo. Agora, as crianças que não aprendem no ritmo da maioria de sua sala, que não conseguem permanecer quietas, que não obedecem, podem ser diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais graves, porém tratáveis. Elas ainda são anormais no sentido de não estarem na média do desenvolvimento infantil ou no caminho para o ponto ideal (FOUCAULT, 2006b), mas agora existem inúmeras classificações e formas de livrá-las de seu infortúnio. O DSM está aí, em suas diversas edições e revisões, para explicar-nos o que acontece com essas crianças, quais são seus problemas e como solucioná-los. É nesse contexto que se encontra o TDAH e o seu tratamento por meio de psicoestimulantes, como a Ritalina®.

CAPÍTULO QUARTO

(RE)DEFININDO A CRIANÇA COM TDAH

O título deste capítulo remete à construção e à reconstrução das imagens da criança com TDAH. Entende-se “imagem da criança” como as representações e os significados criados para e pelas crianças com TDAH e vinculados a sentimentos reais. A expressão assume o significado de “estereótipo” de Gilman (1985), apresentado no terceiro capítulo. Em outras palavras, o objetivo principal deste capítulo é organizar os resultados da pesquisa em campo seguindo os modos pelos quais se explica o TDAH e, conseqüentemente, define-se quem é a criança portadora e quais são suas características principais e seus sofrimentos. Nesse sentido, “construção”, “reconstrução”, “definição” e “redefinição” são termos utilizados para mostrar que a imagem da criança com TDAH não é criada em um vazio, mas sim originada de uma imagem anterior, ressignificada a partir de outra perspectiva. Além disso, compreende-se que essas criações e ressignificações ocorrem em relações entre a sociedade e a infância e, conseqüentemente, entre estas e o TDAH, estabelecidas por meio de hierarquias, interações, saberes e discursos²⁸.

Nos capítulos anteriores, o TDAH e as ideias e questionamentos a ele relacionados foram apresentados e discutidos por meio de olhares distanciados de profissionais, pesquisadores e teóricos, especialmente quando os conceitos e discussões apresentadas não tratam o transtorno diretamente. Neste capítulo, a atenção está voltada a quem vivencia cotidianamente o problema: crianças diagnosticadas, seus pais e outros familiares e profissionais de saúde, principalmente os psiquiatras. As observações de suas relações, a atenção dada a seus discursos, explicações e sofrimentos e a valorização de suas expressões particulares revelam, de modo geral, que há algo que permeia todo o campo de pesquisa e o TDAH: desigualdades de poder. Elas se dão em diferentes níveis - o que será analisado a seguir -, mas destacam-se em dois: entre representantes da ciência e leigos e entre adultos e crianças.

Assim, parte-se da análise da composição do campo de pesquisa a fim de revelar essas desigualdades e compreender como elas orientam a (re)definição das imagens da criança com

²⁸ As informações obtidas em campo foram inicialmente divididas entre os temas “definição do problema”, “aproximações e distanciamentos entre os discursos médicos e leigos”, “uso de medicamentos e seus significados”, “criança em sociedade” e “estigma”, conforme foram apresentados no segundo capítulo. Para apresentá-los de modo coerente e fluido, destacou-se o que há de comum entre eles: quem é a criança com TDAH, cujas definições originam-se em relações desiguais de poder.

TDAH, até chegar à conexão entre o TDAH e a sociedade: a infância e as exigências e expectativas sociais para com as crianças (e o que significa ter TDAH nesse contexto).

4.1 – Relações, interações e hierarquias no ambulatório

No segundo capítulo, o ambulatório foi caracterizado como campo de pesquisa e suas partes constituintes descritas a fim de destacar os principais locais (o saguão de espera, a sala de reunião e a “sala de espera”) e situar o leitor. No entanto, aqui não se enfoca sua composição física, mas sim as relações, interações e hierarquias que ali se constituem e o definem. Parte resultante das observações propostas como recurso metodológico, essa abordagem “interacional” do espaço é importante não só para contextualizar indivíduos, atividades e discursos, como também para apreender a forma como eles se influenciam mutuamente e as consequências para a compreensão e reflexão sobre o TDAH.

Ao se traçar um perfil dos pacientes com TDAH entrevistados e observados e suas famílias, tem-se que a grande maioria desses indivíduos provém de grupos sociais considerados populares, sem condições financeiras para arcar com gastos médicos. Dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), esses indivíduos recorrem ao ambulatório, que faz parte desse sistema, em busca de serviços de saúde especializados e gratuitos. Tal observação confirma-se a partir da informação, dada por um dos médicos psiquiatras entrevistados, de que as famílias e crianças atendidas no local são membros de “uma população de predomínio de classe econômica C, D e E, que é a população SUS-dependente” (Médico psiquiatra 1). Complementa que, na maioria das vezes, são as mulheres (mães ou avós) que acompanham as crianças, pois entende que, em geral, são elas que se ausentam do trabalho para acompanhar os filhos à consulta. São, por isso, chamadas de “cuidadoras primárias” pelos profissionais locais:

[As crianças atendidas no ambulatório], em geral, são de famílias que têm aquela tradição de que o pai é o homem da família, é quem trabalha, é quem... tem tudo aquilo, então, a mãe vai ser quem está disponível, né, que é dona de casa, que às vezes não tem uma profissão, tudo isso, e mesmo quando tem, tem essa questão do cuidado materno ser às vezes mais próximo mesmo do que o cuidado paterno, [...] quando nunca vem a mãe, a gente também acha muito estranho, porque foge àquilo que é o mais comum no ambulatório (Médico psiquiatra 1).

Complementarmente a essa informação, observou-se que a maioria das crianças ali atendidas frequenta escolas públicas (estaduais e municipais), com as quais os psiquiatras mantêm contato através de cartas e relatórios, e que algumas das crianças pacientes já receberam indicações para frequentar a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), uma instituição nacional direcionada à atenção a indivíduos portadores de deficiência intelectual, ou lá realizaram testes ou exames. Notou-se também que a escola tem papel importante na identificação de possíveis portadores do transtorno, pois é lá onde se verifica a existência de problemas no comportamento e no desempenho escolar da criança e se solicitam encaminhamentos a profissionais de saúde.

No caso do ambulatório em questão, as solicitações de serviço são feitas por postos de saúde que realizam atendimentos básicos (chamados de primários e secundários) e que, quando não dispõem mais de recursos para prestar serviço a certos pacientes, encaminham avaliações para um órgão centralizador do SUS. Este, por sua vez, avalia o caso e determina qual instituição receberá o paciente conforme a especialidade de seus profissionais e sua disponibilidade de vagas. É dessa forma que o ambulatório (considerado um serviço de atendimento terciário, de casos que demandam maior especialidade) os recebe.

Já entre os profissionais de saúde atuantes no local encontram-se orientadores (psiquiatras com títulos de doutoramento ou concluintes da residência que estão vinculados à universidade e possuem larga experiência de trabalho no ambulatório e de docência), residentes (psiquiatras graduados e em período de residência médica), psicólogos (que desenvolvem pesquisa científica no local ou cursam especialização na universidade), assistentes sociais e outros profissionais, pesquisadores, alunos de graduação e estagiários.

Todos esses indivíduos circulam por todos os espaços do ambulatório, com uma única restrição: pacientes e seus familiares não têm permissão para entrar na sala de reuniões dos médicos. Como nesse espaço são discutidos os casos, o que inclui informações particulares sobre a vida familiar e pessoal de pacientes, zela-se pelas questões éticas na prática psiquiátrica. Tanto que, para alguém de fora do ambulatório participar de suas atividades, é preciso ter aprovação dos profissionais responsáveis pelo local e do Comitê de Ética. Além disso, essa é uma maneira de manter o saber psiquiátrico entre iguais.

A dinâmica do ambulatório é a seguinte: os pacientes e suas famílias apresentam-se ao funcionário responsável por confirmar sua presença e por entregar seu prontuário ao psiquiatra

responsável. Passam, então, a aguardar a consulta situando-se no saguão, onde os pais conversam e trocam informações uns com os outros. Enquanto isso, as crianças dirigem-se à “sala de espera”. A consulta inicia-se a partir do chamado do psiquiatra e segue um procedimento comum: o residente chama a criança e seus responsáveis, que se dirigem à sala de consultas onde o profissional recebe informações (queixas, mudanças e permanências no comportamento do paciente) e analisa as atividades da criança (como, por exemplo, material escolar, desenhos e relatórios enviados pelas escolas); depois desse primeiro momento, a criança deixa a sala de consulta para que o residente converse apenas com os pais; e, havendo dúvidas, o profissional leva o caso para a sala de reuniões para que ele seja discutido com os psiquiatras mais experientes.

Esse procedimento repete-se a cada consulta e cria uma rotina: os pais trazem notícias sobre o comportamento do filho para o residente, que confirma o diagnóstico observando diretamente a criança e transmite seu conhecimento para seus pares (outros residentes ou estudantes) e superiores (os professores). Observa-se que a criança, embora seja a principal personagem no local, pois é sobre ela que recaem todos os olhares no local, é pouco ouvida no processo diagnóstico. A observação dessas dinâmicas, rotinas e trocas de informações, aparentemente inofensivas, é um dos motivos pelos quais se compreende a existência de hierarquias locais estabelecidas entre os diferentes indivíduos.

Antes de explorá-las, contudo, enfoca-se a “sala de espera”. Apesar de ser um pequeno recorte, a “salinha” - como é comumente chamada - é um espaço que permite a observação e análise de relações entre pares e entre crianças e adultos que se verificam também na sociedade. Segundo Olwig e Gullov (2003), os lugares são construções sociais e culturais e, por isso, permitem compreender de que maneira a sociedade onde se encontram é constituída, especialmente em termos de posicionamento social das crianças.

O espaço físico da “salinha” é composto por uma extensa mesa ao centro, cadeiras em seu entorno e contornando toda a sala, uma televisão, um armário e materiais como papéis, lápis, revistas, alguns jogos de tabuleiro e dominó. Por sua limitação espacial, a permanência de pais é restringida (porém não proibida), sendo as principais relações estabelecidas entre crianças pacientes e entre essas crianças e os adultos responsáveis pelas atividades locais (psicólogos funcionários ou estagiários). Esses adultos controlam as brincadeiras para que não “virem

bagunça” e incomodem os médicos. Não é permitido brigar, ser agressivo ou gritar e os bons comportamentos são recompensados por meio de elogios e presentes.

Assim, a “salinha” não é só um espaço onde as crianças desenvolvem suas brincadeiras, mas também um espaço delimitado por regras definidas pelos adultos para as atividades infantis. É, enfim, um lugar de “liberdade controlada”, tanto que o local só é aberto se houver algum adulto vinculado ao ambulatório que se responsabilize pela atenção às crianças ali presentes. Nesse sentido, alguns pais sentem-se aliviados por haver alguém que supervisione seu filho mesmo que por alguns minutos ou horas. Alguns até mesmo aproveitam a oportunidade para “dar uma volta por aí”, como dizem os profissionais da sala. Outros, ao contrário, não deixam a sala sequer por um minuto temendo que a criança deixe o local sem ser notada.

Para as crianças, esse é um espaço de brincar, sendo algumas brincadeiras mais comuns do que outras, tais como jogos de tabuleiro, teatros (quando os “monitores” propõem tais atividades), pinturas, dominó e dobraduras. Algumas crianças preferem desenvolver suas atividades solitariamente ou permanecer com os pais no saguão, mas, de modo geral, o que mais as atraiem – em especial os meninos – são os aviõezinhos de papel, que cortam a sala e transpõem as janelas. Em certo dia de atividades, alguns meninos, brincando, diziam que havia uma guerra no Iraque e, pelo fato de o Brasil não ter munição em seus aviões, os Estados Unidos e a Argentina vinham em seu socorro. Por meio da construção e movimentação de aviões de papel, as crianças reproduziam simbolicamente no pequeno espaço da sala - social e culturalmente diferente do real - a realidade da guerra, distante da vida daqueles meninos.

Quando a sala permanece fechada, devido à ausência de adultos vinculados ao ambulatório que se responsabilizem pelo espaço, as crianças ficam no saguão com seus pais. Nesses dias, nas primeiras horas de funcionamento do ambulatório, as crianças permanecem sentadas e levantam apenas algumas vezes para andar pelo espaço. Conforme o tempo passa e a paciência se esgota, ou chega alguém mais agitado, formam-se grupos de crianças que, explorando sua criatividade, usam o material que estiver à disposição para transformá-lo em brincadeira: cadeiras de rodas, lixeiras, revistas, caixas de papelão ou mesmo o amplo espaço físico do local para correr. Assim, não só as informações disponíveis em seu meio são assimiladas e manipuladas, mas também os objetos têm seus significados reinterpretados pelas crianças através de e para fins lúdicos: as caixas de papelão transformam-se em casas ou escorregadores, as revistas, em aviões, as lixeiras, em seus alvos.

Nessas relações entre pares, objetos e informações, as classificações diagnósticas dissipam-se, uma vez que não se encontram crianças conversando sobre problemas, diagnósticos ou medicamentos. Muitas sequer sabem por que estão no ambulatório: umas dizem que a professora as encaminhou; outras, que estão ali para brincar. Isso não significa que os diagnósticos, a doença e os medicamentos nunca apareçam como temas de conversas e brincadeiras, mas o fazem de modo particular.

O contrário acontece nas relações entre pais, comumente marcadas por questões como “qual é o diagnóstico de seu filho?”, “o que ele sente?”, “o que ele toma?”, “o que você fez para melhorar?”. Alguns deles contam suas histórias de vida e o problema de seu filho desinibidamente para outras pessoas, contudo sem se importar com o que e como diz sobre a criança, que geralmente ouve a conversa. Eles parecem desprezar a presença da criança e os sentimentos que podem se desencadear, como a vergonha, por exemplo. É como desconsiderar a criança como um indivíduo capaz de compreender os “assuntos de adultos”.

Tendo sido desenhado o panorama do ambulatório, retoma-se a questão das hierarquias no local, as desigualdades relacionais percebidas em diferentes níveis: entre “chefes” (professores supervisores) e residentes ou outros alunos, residentes mais experientes e residentes ingressantes, psiquiatras e psicólogos, profissionais de saúde e outros funcionários; profissionais e pacientes; e adultos e crianças. Todas essas relações desiguais são permeadas por discursos, conhecimentos e imagens que determinam a posição de cada indivíduo nas hierarquias que, de modo geral, se estabelecem em dois níveis: o do conhecimento legítimo e o da experiência, tendo como figuras emblemáticas o psiquiatra “chefes”, no primeiro, e o adulto, no segundo. No primeiro, a expressão mais clara da hierarquia é notada entre especialistas e leigos e, no segundo, entre adultos e crianças.

Antes de abordar essas evidências, cabe ressaltar que no plano do conhecimento legítimo a hierarquia perpassa também, mas sutilmente, as relações entre os próprios profissionais, destacando-se a estabelecida entre psiquiatra e psicólogo. Os psicólogos que atuavam no ambulatório no início das observações eram alunos de pós-graduação *lato sensu* (popularmente chamada de “especialização”). Atualmente, com o encerramento dessas atividades, a presença desses profissionais foi drasticamente reduzida. Os que ali ainda atuam são chamados para aplicar testes, colaborar com a elaboração de diagnósticos ou realizar sessões de psicoterapia. Entretanto, nos casos de TDAH, essa colaboração vem sendo pouco explorada (haja vista a

escassez de psicólogos) e, mesmo quando era existente, o papel do psicólogo e da psicoterapia era complementar. Portanto, embora a opinião desse profissional seja frequentemente consultada pelo psiquiatra, não é ela que determina o diagnóstico; apesar de ocorrer troca de informações, é o saber do psiquiatra que se sobrepõe. O mesmo acontece com outros profissionais, como os assistentes sociais, que acompanham as discussões e o andamento de casos, mas são chamados a participar efetivamente quando o problema revela uma vertente particular, tal como a necessidade de contatar o Conselho Tutelar.

Ainda no nível do conhecimento legítimo, a hierarquia é percebida entre psiquiatras e leigos, especialmente os pais ou responsáveis legais pelas crianças pacientes. O psiquiatra é visto como alguém culto, que sabe mais do que qualquer outro indivíduo sobre o TDAH. Sua postura e imagem demonstram a imponência do médico que, vestido de branco ou portando um crachá ou um prontuário, assume o ponto máximo das hierarquias locais. Essa imponência foi valorizada por Pinel, no século XIX, como uma estratégia terapêutica para a loucura segundo a qual se subjugava o louco e suas ideias à dependência do médico, um homem com fortes qualidades físicas e morais, conforme citação no terceiro capítulo (ver página 64 desta dissertação). Como efeito dessa estratégia, se criaria uma relação desigual de poder entre médico e louco consentida pela sociedade, que deseja a cura do doente a fim de minar seu potencial perigoso e ameaçador.

Da mesma forma que é possível instituir essa relação entre psiquiatria e loucura – agora representada pelos transtornos mentais e que será analisada em profundidade ainda neste capítulo -, observa-se o estabelecimento de uma hierarquia dentro do ambulatório que impõe o psiquiatra como figura destacada em termos de postura, conhecimento, discurso e busca do bem estar para a criança com TDAH e sua família. Foucault (2006b) ainda afirma, conforme já foi destacado também no terceiro capítulo, que o espaço da cura e a própria cura somente são possíveis devido à existência dessa desigualdade de poder, pois, no caso da loucura, a cura nada mais é que o silenciamento do louco e a imposição da verdade e da autoridade médica. Essa assertiva deve ser atenciosamente considerada também nos casos de TDAH, pois remete não só à superioridade psiquiátrica em termos de saberes, discursos e imagens, mas também à legitimidade do psiquiatra de dizer quem é a criança com TDAH, qual é sua “verdade” e o que deve ser feito com ela.

Já em termos de experiência, vale ressaltar a relação entre residente e supervisor. Embora ambos possuam o conhecimento legítimo acerca do TDAH, a experiência do segundo é maior do que a do primeiro. O residente é quem realiza a consulta, coleta as informações, cria a hipótese

do diagnóstico e sugere ao paciente um tratamento, mas é o supervisor quem discute o caso, fornece explicações e confirma as suspeitas, ou seja, é ele quem transmite o conhecimento e o discurso psiquiátrico.

Entretanto, a hierarquia que mais se sobressai no nível da experiência dá-se entre adultos e crianças, estando os primeiros em posição superior às segundas. Isso é visível no exemplo dado sobre os pais que falam sobre seus filhos em sua presença, sem se importar com ela, como se eles não compreendem os “assuntos de adultos”. Nessa relação desigual, a criança é vista como alguém incapaz de compreender e criar juízos sobre o que ocorre à sua volta, de defender-se e de saber o que “certo” ou “errado”, tarefas assumidas pelo adulto. No entanto, considerada apenas um indivíduo em formação, a criança deixa de ser percebida como indivíduo ativo, que assimila as informações de seu contexto e as recria em suas brincadeiras, como no exemplo dos meninos que jogavam aviões de papel e diziam ser aquela a Guerra do Iraque.

Enfim, todas essas relações desiguais observadas no ambulatório posicionam os indivíduos encontrados no local, colocando o psiquiatra supervisor em um nível mais elevado (e estabelecendo a autoridade médica) e a criança, no mais inferior. Assim, ficam os questionamentos sobre como se estabelece essa autoridade médica e qual é sua importância na difusão dos conhecimentos acerca do TDAH e a redefinição da imagem da criança portadora.

4.2 – A autoridade médica e uma mudança de perspectiva

As hierarquias entre profissionais e entre profissionais e leigos remetem a relações desiguais de poder em termos de conhecimento legítimo e a uma autoridade médica. Entretanto, para que o saber, o discurso e a autoridade do psiquiatra se estabeleçam efetivamente, passa-se por um processo de consentimento: outros profissionais de saúde e os leigos devem aceitar que o psiquiatra é o profissional possuidor de um saber mais adequado do que qualquer outro para diagnosticar e tratar o TDAH.

No campo de pesquisa, os psiquiatras buscam o estabelecimento de uma relação médico/paciente baseada na confiança, para a qual dispõem de dois mecanismos básicos: 1) mesmo que a psiquiatria não disponha de ferramentas para cuidar de um caso, os psiquiatras trabalham com outro tipo de terapêutica: a da atenção. Eles desenvolvem algumas consultas seguindo o padrão costumeiro, tentando ser atenciosos e agradáveis, mas logo “dão alta” ao

paciente e sugerem novas atividades; e 2) não “bater de frente” com os pais: considerar suas queixas, não desprezar suas opiniões e, a partir disso, estabelecer uma boa relação baseada na confiança. Para eles, a conquista do paciente faz parte da prática clínica, o que, em outras palavras, significa que conquista e confiança são importantes tanto para o psiquiatra quanto para o paciente. Como disse uma mãe entrevistada:

Médico, psicólogo, é que nem padre e melhor amigo, você tem que confiar. Se não confiar, não adianta. Não adianta, porque você vai tomar o remédio achando que não vai dar certo, você não vai ter coragem de falar tudo o que tem pra falar, então ou a gente tem que pegar confiança no profissional ou não adianta (Mãe 1)²⁹.

Ela funda seu argumento em figuras de lealdade, proximidade e confiança, para quem é possível contar um segredo que será guardado e criar um vínculo que não é dado, e sim conquistado (“pegar confiança”) por meio de demonstrações de respeito e cumplicidade. Mas a confiança é um caminho de dois sentidos. Se, por um lado, a confiança do paciente é necessária para que o psiquiatra proponha um diagnóstico e um tratamento válidos e para que suas orientações sejam minimamente seguidas, por outro, ela é um medidor para o paciente e sua família avaliarem o desempenho do especialista. Os leigos não possuem conhecimentos técnicos e científicos e critérios especializados para emitir juízos racionalizados sobre os psiquiatras. Por isso, fazem uso desse sentimento de confiança e de critérios difusos, tais como “amabilidade”, “boa vontade” e “complacência” (BOLTANSKI, 2004: 34), para medir sua competência. Em campo, observou-se que “ser bonzinho” é uma qualidade do médico admirada pelo paciente e que cria nele – e, mais precisamente, na mãe da criança paciente – um sentimento de confiança.

Sendo assim, ao mesmo tempo em que se estabelece uma relação desigual entre o psiquiatra – figura culta, de ciência, portadora dos conhecimentos sobre o TDAH – e o leigo – portador de conhecimentos e linguagem cotidianos e populares, mais ou menos distanciados da ciência –, ocorrem influências e trocas mútuas no estabelecimento de um vínculo baseado na confiança, por meio do qual o psiquiatra poderá revelar seus saberes e discursos e esperar que o paciente cumpra suas recomendações, enquanto o leigo poderá avaliar o desempenho do profissional. Isso significa que o psiquiatra tem autoridade para impor ao leigo sua “verdade”

²⁹ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 11/02/2010.

sobre a criança com TDAH, assim como o paciente tem o poder de desconfiar da prática do especialista, questionando, conseqüentemente, sua autoridade:

deram algo errado do problema dele, e aí ele voltou para a UNICAMP, por causa do diagnóstico que tinha dado lá na nossa cidade, não fecharam o diagnóstico dele depois tanto tempo tratando, eu falei “não” (Mãe 1).

A mãe entrevistada questiona o médico que não respondeu às suas demandas por uma solução ao problema de sua criança e deslegitima a prática e o saber do profissional ao dizer “não”, ao negar-se a manter sua frequência naquele serviço de saúde. O leigo, em vista disso, também tem papel importante em sua relação com o profissional, porque carrega consigo demandas e julgamentos capazes de modular e limitar a eficácia da atuação do psiquiatra.

Outro ponto sobre essa conformação da prática psiquiátrica que merece evidência é a limitação e a modulação da prática local exercidas por tradições institucionais, formação acadêmica do profissional e demandas oriundas de outras ciências médicas e biológicas. O ambulatório é uma instituição (e faz parte de outra maior, o Hospital das Clínicas) e, por isso, é constituído por regras, rituais e tradições acadêmicas e profissionais que guiam o trabalho desenvolvido em suas dependências. Convivendo com seus profissionais, percebe-se que apesar de haver ideias e concepções divergentes entre eles, elas acabam tomando um formato mais ou menos padronizado que deixa pouco espaço para reflexões mais profundas. Ainda mais pelo fato de a psiquiatria receber críticas de outras ciências médicas e biológicas, que exigem dela maior objetividade de seus métodos e resultados.

Além disso, os recursos financeiros, materiais e físicos da instituição são limitados, o que também influi diretamente na prática psiquiátrica. Por exemplo, um psiquiatra entrevistado afirmou que a adoção do tratamento medicamentoso é privilegiada no ambulatório devido à falta de recursos. É evidente que esse não é o único motivo para a adoção de medicamentos, como se analisará posteriormente, mas é algo que deve ser levado em consideração para o entendimento das relações estabelecidas no local:

O tratamento do TDAH, como um transtorno multifatorial, ele, em tese, tem que ser também multidimensional. [...] Aqui no HC da UNICAMP, nós temos poucos recursos. É... como eu vou dizer, psicológico, psicoterapêutico, nós trabalhamos muito baseados na medicação, não porque seja melhor, mas pelo

tipo de recurso de que a gente dispõe, né, trabalho com... então a maior parte das crianças recebe medicação, que é uma parte do tratamento importante (Médico psiquiatra 2).

A escassez de profissionais, materiais, espaço físico, verbas e tempo enfatiza o medicamento como um recurso terapêutico válido, pois seu uso exige apenas a “receita amarela” e um profissional habilitado a assiná-la. Portanto, é falso dizer que os psiquiatras dispõem de uma autoridade inquestionável dentro dessa instituição, já que, ao mesmo tempo em que ela é garantida pelas hierarquias estabelecidas no ambulatório, pode ser questionada pelos pacientes e limitada pela estrutura sobre a qual repousa. Isso mostra que, como dissera Foucault (1991), até mesmo os indivíduos localizados no topo das hierarquias são controlados e vigiados por um poder disciplinar. É por isso que a prática psiquiátrica clínica deve basear-se na conquista do paciente.

Entretanto, essa estratégia de conquista não se limita somente àqueles dois mecanismos básicos citados anteriormente. Ela dispõe de um processo mais sutil e eficaz que introduz aos leigos saberes e discursos científicos sobre o TDAH utilizando um vocabulário simples e facilmente compreensível a qualquer indivíduo. Na verdade, valorizam-se as definições científicas do TDAH em detrimento de conhecimentos e experiências leigos e populares, o que causa não só uma mudança de perspectiva na forma de compreender e explicar a condição da criança, mas também, e principalmente, na imagem dessa criança.

Em um primeiro momento, percebe-se que a introdução do leigo no novo mundo do TDAH e dos transtornos mentais ocorre por intermédio do médico, mas não necessariamente do psiquiatra. Em geral, o pediatra, o neurologista ou o psicólogo é responsável por esse primeiro contato, que fornece informações sobre o transtorno ao paciente por meio de um vocabulário simplificado, como se vê nos trechos de entrevistas a seguir:

[A hiperatividade] já tinha sido constatado [sic] por, pela neuro e pela psicóloga. [...] mas eles [os psiquiatras do ambulatório] explicaram melhor (Mãe 4)³⁰.

olha, *você é nervoso*, eu vou te encaminhar para o psiquiatra, porque a neurologista não dá mais conta dele (Fala de clínico geral relatada pela mãe 1. Grifo nosso).

³⁰ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 14/10/2010.

A primeira questão que os enunciados, em especial o segundo, levantam é a aceitação expressa pelo clínico geral de que nem ele nem o neurologista são profissionais possuidores de um saber especializado e voltado ao “nervosismo”, aos “nervos”, enfim, aos comportamentos, e que, por isso, o psiquiatra deve ser procurado. A segunda questão é a popularidade da expressão “ser nervoso”, que pode implicar diversas condições, mas é facilmente compreendida por quem não domina os termos técnicos sobre as doenças e os transtornos mentais. A terceira, por fim, é a condição fora do “normal”, do que se espera, apontando a exaltação, o descontrole e o problema. Estabelece-se um vínculo entre o comportamento “fora do normal” e a autoridade psiquiátrica para tratá-lo por meio do uso de uma expressão popular, permitindo que qualquer indivíduo, mesmo sem conhecimentos técnicos sobre os transtornos mentais, possa assumir o discurso psiquiátrico que cria a “verdadeira” existência de um problema. Isso se verifica no próximo trecho de entrevista, em que se explica o significado da hiperatividade:

[Hiperativa] É uma pessoa que é elétrica, ela não consegue parar um minuto. Não tem descanso, ela é hiperativa, quer dizer, ela é hiper – ativa, não consegue parar muito tempo, não consegue ficar sentada muito tempo (Criança 1)³¹.

Há um misto de terminologias populares (“pessoa elétrica”, que “não para um minuto”, “não tem descanso”) e técnicas (“hiperativa”, “hiper-ativa”) nessa explicação que coloca a questão: qual é sua origem? Respondendo à dúvida, afirma-se que essa

Foi a maneira que ela [a psicóloga] arrumou pra tornar mais fácil pra ele [entender], né, que ele não consegue ficar quieto, que ele não consegue se concentrar nas atividades muito tempo (Mãe 1).

Assim, nota-se que tanto os psiquiatras quanto outros profissionais de saúde, como psicólogos e neurologistas, adotam a estratégia de aproximação por meio do uso de um vocabulário popular para explicar a condição da criança. De um modo geral, a medicina, representante do mundo científico, aproxima-se do cotidiano leigo rompendo algumas barreiras linguísticas que os separam. Entende-se esse rompimento como uma estratégia de difusão dos conhecimentos médicos sobre o TDAH, que se tornam disponíveis, mesmo que carreguem consigo termos técnicos, a todos que precisam conhecer, reconhecer e solucionar o problema.

³¹ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 11/02/2010.

Essa proximidade é percebida em falas de pais que dizem ter obtido mais informações sobre o transtorno em páginas eletrônicas, revistas e jornais, e daqueles que por si só “concluem” que é preciso aumentar a dose do medicamento quando a criança fica mais agita ou “nervosa” do que na consulta anterior.

Observou-se que, nas primeiras consultas, quando o diagnóstico ainda não foi confirmado, os pais descrevem os problemas de seus filhos como “ele não me dá sossego”, “ele não vai bem na escola e a professora pediu o encaminhamento”, “eu não sei explicar”, “ele não para quieto”, enquanto pais que já frequentam o ambulatório há anos, quando questionados sobre o problema dos filhos, fornecem explicações mais precisas, como “ele tem hiperatividade” e “ele toma Ritalina®”. Respondem prontamente sobre os remédios prescritos a seus filhos (efeitos, horários e quantidades em que devem ser administrados) e alguns reconhecem em si mesmos a manifestação, durante a infância, de sintomas semelhantes aos que definem o TDAH.

Essa constatação aprofundou-se quando foi perguntado aos informantes como a situação da criança era compreendida antes do diagnóstico ou do contato com um profissional de saúde. Responderam que as crianças agitadas, desatentas e hiperativas de hoje eram antes chamadas de “mal-educadas”, “arteiras”, “bagunceiras”, “desobedientes”, e consideradas problemáticas em termos de indisciplina e dificuldades escolares. Uma mãe entrevistada disse ter sido mais travessa durante sua infância do que seu filho – diagnosticado e tratado como portador de TDAH no ambulatório –, porém sua dificuldade escolar era, na época, considerada “burrice” e, por isso, lhe custava castigos aplicados por seus pais. Ela completa que naquele tempo não se tinha o conhecimento científico atual e que, por esse motivo, ela não recebeu os cuidados de que precisava.

A informante procede a uma diferenciação entre o passado, marcado pela tradição e a falta de conhecimentos especializados, e o presente, que dispõe de mais explicações científicas para os problemas infantis e modos de solucioná-los, e a uma hierarquização entre eles, por meio da qual aponta o presente como um momento mais benéfico para os indivíduos devido às descobertas científicas. Em entrevista, um médico psiquiatra diferencia os saberes científicos dos populares, assim como a mãe mencionada faz, mas analisando a influência dos meios de comunicação na difusão dos saberes sobre o TDAH e na aproximação de alguns leigos às ciências médicas e da saúde. Ele afirma:

Se você for no [sic] consultório de um psiquiatra, um psicólogo, de classe média-alta, no Cambuí³², você vai ter pais que já vêm, já leram, já compraram livros, já... eles já vêm com essa noção da medicina, da psiquiatria, da psicologia, da psicanálise. [...]. Tem mães e pais que vêm já com uma ideia, que isso é um transtorno de hiperatividade, um TDAH. No nosso ambiente, não, porque uma boa parte não tem uma noção, não são pessoas que frequentam internet, que compram livros... têm uma noção mais das classes populares, né, têm uma criança problema, é uma criança agitada, uma criança desobediente, é uma criança... é mais o que a gente vê, é uma criança que não tá aprendendo na escola. Muitas vezes os pais trazem porque a escola, a diretora, a orientadora chamou várias vezes na escola, falou do filho, falou que o filho não se comporta, que o filho não fica na sala de aula, que o filho já foi suspenso e tal. Então, é muito em função do comportamento que eles trazem (Médico psiquiatra 2).

Ele aponta o acesso aos meios de comunicação como uma forma de adquirir os conhecimentos técnico-científicos sobre o TDAH, mas, mais importante que isso, ele opõe a “noção da medicina, da psiquiatria, da psicologia, da psicanálise” à “noção mais das classes populares” que, além de usar um vocabulário cotidiano para definir a condição da criança, o faz de modo pouco sistemático e racional, ao contrário das ciências.

O movimento que ocorre, então, é o da desvalorização dos conhecimentos e experiências populares e leigos sobre certos comportamentos e dificuldades infantis em vista da supervalorização dos saberes e discursos especializados sobre o que atualmente se denomina como TDAH, uma explicação científica para aquelas crianças “bagunceiras”, “mal-educadas” e “desinteressadas”. Em realidade, os saberes populares não são extintos, mas sim assimilados e ressignificados pelos profissionais de saúde a fim de tornar mais fácil a compreensão dos leigos sobre um transtorno mental. Mas essa assimilação e ressignificação não colocam psiquiatra e paciente em posições iguais. Pelo contrário, introduz o vocabulário leigo nas explicações sobre o TDAH (basta lembrar-se da lista de indicações comportamentais trazida pelo DSM) e o vocabulário técnico no cotidiano leigo, mantendo a ignorância popular e a submissão dos leigos aos conhecimentos médicos, como se nota em expressões ouvidas em campo e entrevistas, como “foi o médico que disse que ele tem TDAH”, “é complicado de explicar” ou “o médico explicou, mas eu não sei explicar”:

³² Bairro de alto padrão de Campinas – SP.

Não, foi o médico. Até então eu não sabia, pra mim ela tinha algum problema... ahn, algum problema mental, alguma coisa pra ela não falar, entendeu? (Mãe 3)³³.

Eles [os médicos] falam que é falta de uma... circulação que eles têm na cabeça, né, perto do bulbo, que falta uma circulação, ela [a neurologista] me explicou, mas eu num sei te explicar direito o que que é, porque é tanta coisa (risos) (Mãe 4).

Concretiza-se, assim, uma mudança de perspectiva sobre certos comportamentos e dificuldades infantis que rechaça explicações populares, ressignificadas como senso comum, coisas do passado, e aponta para a legitimidade do discurso psiquiátrico sobre a condição das crianças que os manifestam. Aceitando essa veracidade, os próprios leigos desqualificam seus conhecimentos e experiências e consentem para que o psiquiatra seja aquele quem possui os atributos adequados e desejados para cuidar e tratar das crianças com TDAH.

Além de consolidar a autoridade psiquiátrica, essa mudança de perspectiva permite que algumas circunstâncias da vida cotidiana dos indivíduos sejam redefinidas como problemas explicados e resolvidos pelas ciências médicas e biológicas e abordados de acordo com seus saberes, discursos e práticas especializados. Tornando-se problemas ligados à constituição neurológica e genética dos indivíduos, passam a ser tratados como comportamentos patológicos, inadequados, que prejudicam a criança e, portanto, devem ser tratados por especialistas. O problema torna-se inerente ao corpo e à mente, sendo retirado de sua origem social e introjetado na criança, que muitas vezes sequer participa desse processo de mudança de perspectiva e de assimilação da nova explicação sobre sua condição. Exemplo disso é que algumas crianças observadas pareciam estar apartadas das explicações e decisões sobre sua própria condição quando dizem não saber o porquê de frequentar o ambulatório, que ali são consultadas devido à hiperatividade e, quando se pergunta “o que é hiperatividade”, dizem não saber³⁴ ou, ainda, consideram que as visitas são para brincar.

Portanto, o estabelecimento do diagnóstico de TDAH pelo psiquiatra e a frequência do paciente e de sua família às consultas indica que a mudança de perspectiva foi efetuada.

³³ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 08/04/2010.

³⁴ Refere-se a um episódio ocorrido no ambulatório no qual um menino aproximou-se e me perguntou o que fazia ali. Respondi que era pesquisadora e lhe fiz a mesma pergunta, à qual o garoto respondeu “eu tenho hiperatividade”. Então perguntei “o que é hiperatividade” e ele respondeu “não sei”.

Entretanto, aquele vínculo baseado na confiança, que concretiza a autoridade legítima do saber e discurso psiquiátrico, ainda está em vias de se estabilizar. O especialista ainda deve apresentar resultados e provar que ele realmente domina o assunto.

Encaminhados por escolas ou outros médicos com a esperança de se obter uma solução, pais e algumas crianças chegam ao ambulatório com expectativas e demandas fundadas no desejo de bem estar, cura e normalidade. Por exemplo, as mães entrevistadas revelam que o principal motivo que lhes causa preocupação é a dificuldade de seus filhos para aprender na escola e acompanhar o ritmo das aulas e dos colegas (em segundo lugar viriam o estresse e uma maior exigência por atenção que lhes são causados pela intensa agitação e desobediência dos filhos). Tendo esse referencial, elas recebem passivamente as informações do psiquiatra, já que estão sendo inseridas em um novo mundo, mas esperam dele respostas adequadas para suas aflições e as dificuldades da criança. Se o psiquiatra não corresponder a essa procura, ele poderá ter sua legitimidade questionada, assim como o psiquiatra “bem sucedido” na satisfação do paciente pode ter sua legitimidade confirmada e reforçada.

Outra demanda que vem sendo apresentada pelos leigos é a por especialistas como um direito do paciente: “eu queria um especialista, ele tinha direito” (Mãe 1).

eu não tava vendo resultado, porque ela [a neurologista], invés de [sic] dar o... remédio pra concentração, ela dava calmante. E aí eu mesma que pedi o encaminhamento dele lá da unidade de nossa cidade, daí eu pedi pra... pediatra dele pra encaminhar pra cá. A gente já tinha um pouco de conhecimento que aqui tinha tratamento pra... hiperativos (Mãe 4).

Nesse excerto, a informante mostra seu descontentamento para com o profissional cuja prática não lhe dava resultados e, conseqüentemente, a busca por especialistas, no caso, os psiquiatras do ambulatório do HC da UNICAMP, onde ela sabia existir profissionais e saberes adequados para o tratamento de hiperativos. Ela não fala claramente em direitos, como a mãe 1, mas a maneira de se pronunciar durante a entrevista revelava essa demanda.

Por outro lado, a observação da melhora da criança confirma a efetivação da autoridade e legitimidade do psiquiatra:

[A criança com TDAH] é uma criança bem impossível de mexer, mas depois com o tratamento eles vão melhorando, meu filho já melhorou 80% [enfática] do

que era, em 4 anos... já melhorou bastante. Remédios: no começo eu fiquei meio assim, mas agora hoje eu dô com a maior tranquilidade pra ele (Mãe 4).

Aí ela toma um antidepressivo, imipramina, e tá melhorando bastante, do que ela chegou aqui, de 2 anos pra cá frequentando a UNICAMP, ela já melhorou *muito*, em termos de escola, a atenção dela, memorização, ela melhorou bastante. [...] é um choque no começo, entendeu, pra aceitar, porque a gente nunca quer aceitar [o diagnóstico e o tratamento medicamentoso] [...], mas aí o médico explicou direitinho, que não ia prejudicar ela, só ia ajudar, que não era nada forte [...] agora eu tô vendo que esse remédio, graças a Deus, só ajudou ela [sic], só tá ajudando, atrapalhar mesmo não. Do baque agora virou só alegria, né, só tá ajudando (Mãe 3).

Mas ele já melhorou bem, desde que ele faz tratamento aqui, ele melhorou muito bem. Ele era muito agitado, tem dia que ainda é, ele não melhorou 100% ainda, mas do jeito que ele era. Graças a Deus (Mãe 2)³⁵.

A melhora é um elemento comum nessas falas e está intimamente relacionada ao tratamento (medicamentoso) e ao sentimento de alegria ou gratidão pela conquista, mesmo que gradual, do bem estar da criança. Em alguns casos, a autoridade médica se estabelece por meio, além da verificação da melhora, da tranquilidade que a explicação dada pelo psiquiatra sobre a condição da criança e o uso dos medicamentos.

Consequentemente, o psiquiatra recebe o consentimento para dizer o que é o TDAH, o que fazer com ele e quem são seus portadores. Ele vence a verdade do “louco” (do doente mental), ou melhor, da criança diagnosticada e de sua família e lhe impõe a verdade médica, criando enunciados legítimos sobre a condição do paciente e a abertura à aceitação social de rótulos relacionados a doenças e transtornos. Em outras palavras, por meio de um movimento de distanciamento e aproximação entre o psiquiatra e o paciente e entre o científico e o leigo ou popular, estabelece-se o respeito e a confiança na ciência e nos profissionais legitimamente habilitados a lidar com o TDAH, resultados de uma resposta efetiva dos psiquiatras às demandas e expectativas dos leigos e, ao mesmo tempo, de obediência dos pacientes às recomendações médicas e, consequentemente à verificação da melhora da criança.

Esse movimento apresenta-se também nas relações entre psiquiatras e professores. Estabelecidas de forma indireta, por meio de cartas e relatórios, elas permitem ao psiquiatra

³⁵ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 18/02/2010.

aproximar-se da realidade escolar da criança ao “ouvir” o professor, mas afastar-se ao afirmar que a condição da criança extrapola o campo da educação por ser patológica.

Os psiquiatras enviam cartas às escolas contendo pedidos, sugestões e recomendações, a fim de confirmar e estabelecer o diagnóstico da criança e de tentar proporcionar-lhe um ambiente e comportamentos mais adequados a sua aprendizagem. No outro sentido, o professor relata os comportamentos, as condições do aluno-paciente na escola, suas dificuldades, melhoras e piores, para que o psiquiatra tome conhecimento do que acontece fora de seu âmbito de atuação. Descrevendo os comportamentos, a evolução escolar e as demais considerações acerca do aluno, o professor registra em uma folha de papel comportamentos e desempenhos individuais por meio de palavras que não são da criança e com o objetivo de que ela seja avaliada. Retratadas em um documento, as crianças podem ser diagnosticadas, vigiadas e controladas não só por professores e pais, mas principalmente por profissionais de saúde, especialmente os psiquiatras.

Além de controlar os sintomas manifestados pela criança, os psiquiatras assumem o papel de reorganizar seus modos de viver e agir, bem como os de seus pais e professores, tendo como foco e justificativa o TDAH: esses médicos ensinam estratégias de organização pessoal, dos ambientes familiar e escolar, da sala de aula – onde a criança com TDAH deve se sentar (na primeira carteira e longe da porta e dos estímulos externos) -, com o intuito de reeducar pais e professores para lidar com essas crianças, amenizar seus sintomas e permitir-lhes desenvolver suas atividades rotineiras. Trata-se de um processo de reeducação de hábitos adultos e infantis que deve ser supervisionado até que sejam internalizados e executados automaticamente.

Como consequência, a autoridade do médico psiquiatra sobressai em sua relação com outros indivíduos e grupos do ambulatório, sendo legitimamente reconhecida em seu discurso, conhecimento especializado, postura, vestimentas (certa vez ouvi de uma mãe algo como “isso não jeito de médico se vestir, parece um hippie”), gestos e comportamentos, e investida em todo o corpo do psiquiatra e na instituição, em forma de hierarquia. Esse profissional, então, está legitimado a dizer verdades, estabelecer soluções e propor recomendações. No entanto, essa hierarquia encontra-se também nas distinções estabelecidas pelas classificações entre normal e patológico, que implicam estereótipos, estigmas e, conseqüentemente, a oposição entre superioridade e inferioridade, que não só definem relações, mas também o TDAH e a imagem das crianças que recebem seu diagnóstico.

Portanto, o processo de formação do consentimento da autoridade médica resulta na legitimação do psiquiatra para criar verdades sobre o TDAH, definindo-o como transtorno mental, sobre o que deve ser feito para “curá-lo” e quem são seus portadores. Ele envolve, então, uma mudança de perspectiva que desqualifica os saberes de outros profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento do TDAH e de leigos; ressignifica os conhecimentos e experiências leigas acerca da criança “desobediente”, “bagunceira” e “desinteressada” para sua ressignificação, transformando-a em criança hiperativa, impulsiva e desatenta; reorganiza os modos de viver e de pensar; e, mais importante, permite o surgimento da criança com TDAH e do “ser TDAH”.

4.3 – *Ser* TDAH

“Ser TDAH” indica o transtorno como uma característica ou um estado individual, diferentemente de “ter TDAH”, uma posse que pode ser momentânea. O primeiro contato com essa expressão se deu a partir da leitura do livro de Silva (2003), que aborda o transtorno (para o qual a autora utiliza a sigla DDA), ou melhor, os indivíduos que o portam e manifestam seus sintomas: “resolvemos utilizar a sigla DDA para designar o Déficit de Atenção em [sic] toda sua gama de manifestações, bem como as pessoas que têm no termo DDA a representação de uma maneira de ser. Afinal, não se *tem* DDA, se *é* DDA” (SILVA, 2003: 16). Isso significa que de uma posse, de algo que se carrega, o TDAH torna-se a representação de uma condição permanente, duradoura e definidora do indivíduo – de um modo de ser – que, caracterizada pela patologia, redefine o indivíduo como diferente ou “não normal”. Portanto, o principal problema dessa caracterização é que certos comportamentos e qualidades pessoais são patologizados, implicando a denominação TDAH (ou DDA, indiferentemente) como a representação de um modo de ser cuja imagem individual é reconstruída como problemática e patológica. Como e por quê?

No primeiro capítulo, o TDAH foi apresentado como definido pela literatura especializada e pelos profissionais de saúde como um transtorno mental caracterizado pelos sintomas desatenção, hiperatividade e impulsividade e pelo fato de desenvolver-se antes dos sete anos de idade, embora o diagnóstico possa ser estabelecido posteriormente e os sintomas possam perdurar até a adolescência e vida adulta. A hipótese da existência de um substrato genético que explique

sua prevalência sobressai-se em relação a fatores ambientais que possam contribuir para o seu desenvolvimento. Devido a essa especulação e às experiências ditas bem sucedidas em termos de tratamento, os sintomas são controlados por meio de medicamentos a base de metilfenidato, sendo a Ritalina® o mais conhecido e utilizado.

Para os informantes da presente dissertação, de modo geral, os sintomas do TDAH são o principal problema, mas cada um apresenta um modo de explicá-lo e verificar seus prejuízos e incômodos. Para os pais (em especial as mães), a preocupação desencadeada pelos comportamentos e, principalmente, a dificuldade de acompanhar o ritmo escolar são os principais motivos para se acreditar que a criança tenha um problema, o que é definido pelos profissionais de saúde, por sua vez, como manifestações de um transtorno mental, caracterizado pela existência de comportamentos patológicos. *Patológico*, para tais informantes, significa causar sofrimento e impedir o indivíduo de realizar suas atividades rotineiras e diferencia-se da doença porque não apresenta alterações físicas claras. O médico psiquiatra explica:

a psiquiatria não trabalha com o conceito de doença no sentido de que doença seria algo que teria um substrato biológico, orgânico, muito bem delimitado, muito bem definido. [...] [A psiquiatria], na verdade, faz o diagnóstico com base em conjuntos de queixas, um conjunto de sinais observáveis pelo clínico (Médico psiquiatra 1).

Ele [o TDAH] é patológico no sentido *pathos*, de sofrer, de trazer um não sentir-se bem. Agora, não é necessariamente nosológico, porque não necessariamente você vai encontrar um substrato orgânico, estrutural que determine aquilo (Idem)³⁶.

Ele prossegue explicitando o que significa “causar sofrimento”:

[quando qualquer transtorno] começa a ter uma repercussão muito significativa na vida do indivíduo, porque ele não consegue mais fazer suas atividades de rotina, ele não consegue mais trabalhar, ele começa a perder alguns cuidados, ele

³⁶ Outro profissional explica que a concepção de transtorno mental é mais frouxa que a de doença, devido à independência do substrato orgânico ou de uma base anatômica, e que, conseqüentemente, a noção de patológico também não depende da verificação de alterações físicas no corpo e no cérebro do paciente. Assim, a ideia de patologia pode variar conforme a prática psiquiátrica adotada em cada país ou instituição de saúde. Cita que o pragmatismo norte-americano adota a patologia como sinônimo de sofrimento, ao contrário da visão tradicional europeia, para a qual o patológico é um desvio de um padrão esperado (Informações retiradas da entrevista com o médico psiquiatra 2).

tem intenção suicida, então, a partir desse momento, a gente passa a definir aquilo como algo que causa sofrimento (Idem).

Quando o informante cita a ausência de um substrato orgânico e estrutural que determine o TDAH, nada mais faz do que distinguir o conceito de doença e de transtorno mental e, conseqüentemente, de medicina e psiquiatria, ato sugerido pela Associação Americana de Psiquiatria, na década de 80, segundo informações de outro psiquiatra entrevistado (Médico psiquiatra 2: ver terceiro capítulo, página 67). Se a característica patológica que especifica o transtorno mental define-se pela existência de um sofrimento, o que permite afirmar que a criança porta um transtorno? Ou, em outras palavras, qualquer sofrimento é indício de um transtorno? Afinal, como ele se manifesta?

Os profissionais observados e entrevistados explicam que a patologia é o sofrimento desproporcional, bizarro, fora do comum, assim como o DSM define o TDAH como “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento” (APA, 2002: 77). Ressalta-se o caráter negativo dessas manifestações sintomáticas e vincula-se sua “anormalidade” à ideia de patologia, algo grave, severo, prejudicial e, até mesmo, “monstruoso” que deve ser identificado e tratado. Entretanto, lembrando-se da lista de critérios diagnósticos (ANEXO A) e do perfil de possíveis portadores traçado pelo DSM (Capítulo I, páginas 24, 25 e 26 desta dissertação), é possível perceber que os sintomas são, na verdade, comportamentos infantis, modos de agir e se expressar.

Na seção anterior, foi explorada uma mudança de perspectiva sobre as crianças “bagunceiras”, “desobedientes” e “mal-educadas”, concepções populares que, quando reformuladas pelos discursos e saberes científicos e racionalizados, dão origem às de crianças desatentas, hiperativas e impulsivas, portadoras de um transtorno mental denominado TDAH. O que se percebe aqui é que não só as ideias mudam, mas também, e principalmente, as imagens dessas crianças: elas não são indisciplinadas, mas sim portadoras de um transtorno que lhes suscita comportamentos impulsivos, sendo eles seus sintomas.

Passa-se, em vista disso, de uma questão mais ampla (como, por exemplo, a indisciplina, que envolveria família, escola, modelos educativos e disciplinares etc.) para uma mais restrita (o encerramento no corpo e na mente e suas manifestações e disfunções). Nesse ponto, um

psicólogo faz o alerta: “Pra mim, o TDAH, ele tem uma série de questões que estão envolvidas e que é muito mais fácil, talvez, colocar na criança o problema. [...] o TDAH é um sintoma, colocado na criança, da família, da sociedade, da escola” (Psicólogo 1)³⁷. Que questões são essas, afinal? O que significa “colocar o problema na criança”? O que há de errado na família, na sociedade e na escola?

O primeiro passo na desnaturalização do TDAH e na revelação de seus elementos mais básicos é dado pelo próprio psiquiatra ao definir o transtorno em questão como uma construção que visa a compreender certa realidade:

[O TDAH] é um construto, porque o diagnóstico psiquiátrico, eles são construtos, eles não são realidades, como dizer, palpáveis, objetivas, são construtos pra você poder lidar com os problemas e a finalidade pragmática é poder ajudar as pessoas, né (Médico psiquiatra 2).

Sob essa explanação, entende-se que tanto a denominação TDAH quanto os critérios e os diagnósticos psiquiátricos são construtos. Isso significa que se observa uma realidade (certos comportamentos infantis definidos como problemáticos) e criam-se para ela modelos - baseados em conhecimentos científicos, médicos/psiquiátricos, biológicos e genéticos - para identificar certos comportamentos (e, conseqüentemente, as crianças que os manifestam), diferenciá-los de outros comportamentos (não problemáticos ou “normais”), defini-los como problemáticos (patológicos) e propor-lhes uma solução ou uma “cura”. Em consequência, compreende-se que esse construto é criado a partir de conhecimentos, discursos, valores e interesses dentro de um universo maior, um campo de conhecimento, um grupo de interesses ou uma sociedade, distanciando-se de qualquer característica neutra ou natural. Ele, então, tem uma história.

A história do TDAH foi mostrada no primeiro capítulo desta dissertação e, a partir dela, percebe-se que já as primeiras crianças identificadas sob o rótulo da patologia do TDAH (que ainda não recebia essa denominação) o foram devido a comportamentos social e moralmente repudiados, distintos dos “bons comportamentos”, dos comportamentos infantis disciplinados, e que, quando são assimilados por construtos que valorizam a constituição corporal e mental do indivíduo, perdem seu sentido original, são encerrados no indivíduo e diferenciados desses “bons

³⁷ Dados da entrevista. Pesquisa de campo realizada no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 14/05/2010.

comportamentos” através de classificações baseadas em concepções – também carregadas de valores – de normal e patológico³⁸. Assim, o problema é centralizado na criança (o “problema é colocado nela”, como disse o psicólogo informante), como uma característica própria:

A criança que a gente chama de hiperativa, não é que ela é doente e que ela é anormal por conta disso, mas acontece que *por características pessoais dela*, por um motivo ou outro, ela tem uma tendência a não, tão rápido quanto às outras crianças, para e prestar atenção (Médico psiquiatra 1. Grifos nossos).

Essa criança é diagnosticada por meio da observação de manifestações patológicas de alguns comportamentos, considerados “características pessoais”, e recebe um rótulo psiquiátrico que a diferencia das demais crianças “não problemáticas”, embora o informante afirme que ela não é identificada como doente ou anormal pela prática psiquiátrica. É como dizer: “ela não faz de propósito, mas certas características pessoais a tornam mais lenta que outras crianças em termos de concentração e atenção”, comparação que carrega um tom depreciativo, especialmente em ambientes escolares, como afirma uma mãe entrevistada: “Na escola, cobra muito, fala muito de... entendeu, de ‘ah, você é muito lerda’, ‘ai, você não pode... tem que prestar mais atenção’, sabe, eles cobram bastante [...]” (Mãe 3).

Esse tom depreciativo, por sua vez, revela que não se trata apenas da produção de um construto para manifestações comportamentais patológicas (o TDAH), mas também de uma tendência social a se padronizar comportamentos infantis, como mostra a estória do extraterrestre do primeiro capítulo. Mas dentro desse construto e dessa padronização, há outro fator importante a ser analisado: a periculosidade ressaltada em certos comportamentos, em especial a impulsividade, o que é apontado como problemático no TDAH.

[...] às vezes pode ser perigoso [o comportamento das crianças com TDAH, especialmente a impulsividade], principalmente em famílias que não têm ali uma pessoa, uma figura de alguém continente que possa estar em cima, né (Médico psiquiatra 1).

Neste trecho de entrevista, o profissional enfatiza o perigo intensificado por comportamentos impulsivos (como subir em mesas, manusear objetos cortantes etc.), que podem

³⁸ O próprio psiquiatra sugere esse tipo de análise ao afirmar que “o que você define como normal ou como patológico às vezes está dentro de um construto maior” (Médico psiquiatra 1).

causar ferimentos ou acidentes à criança, ainda mais se não houver um adulto que a supervisione constantemente. Justifica, em consequência, a importância de se tratar o TDAH e de controlar os sintomas. Em um trecho anterior, afirma que os comportamentos infantis característicos do TDAH tornam-se “cl clinicamente significativos” quando a família e/ou a escola não conseguem mais lidar com essas crianças:

a gente vai dizer que em algum momento aquilo pode ser clinicamente significativo quando chega a tal ponto que a escola não consegue dar conta e elaborar um programa de educação que contemple as necessidades daquela criança, quando no ambiente domiciliar, ela começa a ter muita dificuldade, começa a ter comportamentos de risco, porque ela sobe, mexe nas coisas, pode pegar faca [...] (idem).

Nesses excertos, há uma clara intenção do profissional de utilizar as ferramentas de que a psiquiatria dispõe para ajudar a criança que sofre e evitar acidentes ou problemas mais graves, que comprometam sua vida [“a finalidade pragmática (dos construtos) é poder ajudar as pessoas”]. Entretanto, essa intenção abre uma brecha à psiquiatria para intervir em outros âmbitos, pois se as escolas não dispõem de ferramentas adequadas para a educação dessas crianças e se as famílias não conseguem supervisioná-las constantemente, a psiquiatria apresenta suas explicações e soluções para o problema. Assim, destacam-se três questões importantes e relacionadas: a incapacidade das instituições escolares e familiares em lidar com crianças que manifestam esse tipo de comportamento ou dificuldade, o perigo (não só para a vida da criança, mas também uma ameaça aos outros indivíduos) e a solução encontrada no diagnóstico psiquiátrico e no tratamento medicamentoso, ou melhor, na autoridade médica.

Em item anterior, relatou-se que o contato entre psiquiatra e professor dá-se indiretamente por meio de cartas e relatórios, através dos quais o primeiro toma ciência dos comportamentos e desempenhos das crianças, mas, ao mesmo tempo, orienta o professor e a escola sobre as medidas que devem ser tomadas a fim de que o aluno possa adaptar-se ao ambiente e desenvolver seu potencial. Essa adaptação também é proposta à família e implica uma reorganização de hábitos e costumes de diferentes indivíduos ao mesmo tempo e sob a justificativa do TDAH.

Isso significa que, por um lado, a família delega à medicina o papel de educar seus filhos, já que a escola falhou nessa função, e que, por outro, por meio do TDAH, retira-se dos pais e professores a autoridade e os conhecimentos sobre a educação infantil e os entrega ao psiquiatra,

que os ensina a lidar com as crianças diagnosticadas como portadoras do transtorno. São então propostas novas atividades e soluções, como o tratamento medicamentoso, que permitiriam à criança dedicar-se às atividades escolares com maior rendimento, silenciam a periculosidade dos comportamentos para o portador e também para os demais indivíduos ao seu redor.

Nesse processo, a utilização de medicamentos é enfatizada como benéfica às crianças com TDAH, suas famílias e demais indivíduos com quem elas convivem. O profissional entrevistado explica:

aqui no ambulatório a gente prescreve sim, porque a gente entende que os danos, as repercussões na qualidade de vida vão ser tão grandes, que o que acontece é o seguinte: essa criança, ela tende a ter menos amigos, porque as pessoas não gostam dela porque ela briga com facilidade, os professores têm uma transferência muito negativa, porque não presta atenção, porque tende a ser mais estabonado, atrapalha a aula, atrapalha o andamento [...], facilita com que ela desenvolva outros quadros secundários, uma depressão, porque ela está mais isolada, porque ela não tem amigos como as outras crianças, um isolamento social que pode levar a quadros ansiosos, ou mesmo questões de conduta, né [...] (Médico psiquiatra 1).

Os prejuízos causados – enfatizando-se, neste trecho de entrevista, o estigma - pelos sintomas às crianças portadoras de TDAH são novamente retomados, justificando o uso do medicamento como uma possibilidade de melhorar a qualidade de vida da criança e evitar o desencadeamento de outros males e sofrimentos, caso seus efeitos esperados sejam efetivamente observados. E vale ressaltar que o profissional prevê o desenvolvimento de estigmas contra a criança portadora do transtorno (“repercussões *vão* ser grandes”, “ela *tende* a ter menos amigos”), o que lhe dá autoridade para introduzir, desde as primeiras consultas, a medicação a fim de reduzir os efeitos negativos dos sintomas.

Mas ele ainda ressalva: “A gente dá [o medicamento] por um período de tempo curto, se controlam os sintomas, a gente sempre vai estar tentando reduzir doses. Por exemplo, em época de férias, a gente chama de ‘as férias do metilfenidato’” (idem). Essa expressão é bastante recorrente no ambulatório e remete ao período de férias escolares. Significa que se faz uso do controle químico dos comportamentos patológicos que caracterizam o TDAH em períodos e contextos que demandam da criança maior nível de concentração e calma ou quando a extravagância de sua manifestação tenha sido diminuída. Lembra uma espécie de prêmio: você se comportou bem durante as férias, não há motivo para lhe dar remédios.

Nesse exemplo, o medicamento reforça seu caráter social e punitivo. Social porque é utilizado em contextos que exigem da criança bons desempenhos acadêmicos, sociais e morais e que são formados por regras e expectativas que a conduzem à vida em sociedade, ou melhor, à vida adulta em sociedade. Esse ponto será explorado posteriormente neste capítulo. Seu caráter punitivo, por sua vez, se expressa na ideia de recompensa (se a criança se comportou bem, não manifestou os sintomas do TDAH de forma prejudicial, ela pode ser poupada da administração do medicamento) e na de castigo. Como exemplo desta última, relata-se um evento ocorrido em campo. A criança paciente e diagnosticada com TDAH corria pelo saguão com outras crianças, fato ao qual sua mãe reagiu dizendo “se você não parar, vou te dar o remédio”. Uma ameaça de punição ao mau comportamento que resultou em alguns minutos de calma no local.

Outra questão envolvendo os benefícios do medicamento encontra-se na fala do médico psiquiatra número dois, exposta no item anterior deste capítulo (páginas 96 e 97), sobre a limitação de recursos do ambulatório, o que justifica a adoção do medicamento como opção terapêutica privilegiada. A frequência ao local permite ver que não há espaço físico suficiente para todos os profissionais que atuam no ambulatório infantil, há poucos materiais para atividades lúdicas e de psicoterapia e a demanda externa por serviços excede a capacidade institucional em termos de número de profissionais disponíveis. O tratamento medicamentoso, por outro lado, exige apenas o retorno constante do paciente ao ambulatório e prescrições médicas, além de propiciar um alívio quase que imediato dos sintomas. Esse resultado aparece como essencial principalmente em situações nas quais o adulto não dá conta do cuidado com a criança, como, por exemplo, de uma mãe que precisa cuidar da casa e de outros filhos, ao mesmo tempo em que deve vigiar constantemente “seu hiperativo”, ou da professora com a tarefa de cumprir o cronograma escolar em uma classe lotada e com um (ou uns) portador de TDAH.

Assim, vê-se que o medicamento tem um papel quase fundamental na análise sociológica do TDAH. No entanto, ele é ainda mais importante na ideia de “ser TDAH”, ou melhor, na redefinição das imagens da criança com TDAH. Nesse sentido, ele destaca-se em situações em que a própria criança vê no medicamento a chance de ser mais “normal”, menos discriminada pelas outras crianças e de sentir menos vergonha de sua condição:

[ele diz] “eu quero tomar o remédio logo pra mim [sic] ficar mais calmo”. Às vezes ele fala “não sei por que eu sou tão agitado assim, por que eu sou desse jeito, mãe? Eu queria ser do outro jeito”. É a única coisa que ele reclama, mas

do medicamento ele não reclama não. [...] ele queria ser uma criança igual às outras pra não ter que ficar chamando muito a atenção dele. Que ele tinha vergonha de ser do jeito que ele é. Ele tem vergonha porque a gente fica chamando muito a atenção (Mãe 4).

Para Goffman (1988) e Elias (1993), a vergonha é um sentimento que se origina quando o indivíduo aceita a consideração de outros de que ele está abaixo do que deveria ser e passa a se reconhecer como inferior. Entra em jogo, então, a imagem da criança com TDAH. Explicações e imagens representadas pelas expressões “eu não paro um minuto”, “ela não consegue se concentrar” e “ele é arteiro” são vinculadas ao transtorno e ao tratamento e reformuladas, criando a figura do “hiperativo”, o indivíduo que causa preocupação para os pais, perturba os professores, incomoda outras crianças e que, por outro lado, sente-se humilhado, envergonhado e isolado.

Mas o “ser TDAH” ou o “ser hiperativo” também pode ser usado como uma afirmação pessoal. Por exemplo: “[Minha avó diz] ‘fica quieto um instante’. Como é que eu vou ficar quieto um instante? Eu sou hiperativo, não tem como eu ficar quieto muito tempo” (Criança 1). Essa criança, ao mesmo tempo em que sofre com sentimentos de humilhação e vergonha devido à sua condição ressignificada (como se notou em observações em campo e entrevista), ela utiliza essa imagem reconstruída a seu favor para se afirmar.

Desse modo, o TDAH não corresponde a uma representação ou a um construto sobre o que a criança é, mas sim sobre uma imagem recriada daquilo que a criança apresenta como inadequado ou incômodo (no caso, certos comportamentos) reinterpretado como manifestações de disfunções químicas cerebrais, defeitos biológicos e genéticos ou, em outras palavras, como comportamentos patológicos. Essas reinterpretações são transportadas para a sociedade por meio de publicações, eventos e materiais informativos sobre o TDAH reconstruindo de forma legítima a imagem dessas crianças. Famílias e escolas são incluídas nesse processo por meio do contato com o psiquiatra. Mas todas recebem informações que lhes permitem identificar sujeitos que correspondem a essa imagem, classificá-los e sugerir-lhes a encaminhamento a quem *sabe e pode* tratá-los – os psiquiatras. Tanto que é com a entrada na escola que os encaminhamentos médicos tornam-se mais numerosos e os problemas dos “hiperativos”, mais graves e notáveis.

Enfim, “ser TDAH” implica um conjunto de indivíduos, relações e imagens das crianças com TDAH, mas são os prejuízos, ou melhor, a negatividade dessas construções que se destacam, fazendo com que essas crianças sofram mais com o estigma que lhes é imputado (e busquem

formas de manipulá-lo ou silenciá-lo) do que com as manifestações comportamentais em si. Por isso, é necessário falar em imagens estigmatizadas.

4.3.1 – Imagens estigmatizadas

O saber médico constitui-se assim mais que uma leitura da realidade física: ao designar e nomear a disfunção corporal, o médico contribui para criar a realidade social da doença. Inclusive, em nível mais concreto, são os exames, o diagnóstico e as prescrições médicas que dão forma e conteúdo à experiência quotidiana que os doentes têm de seu estado. [...] São os outros e, mais amplamente, a reação social a este estado ou característica que lhe conferem o sentido negativo do desvio. Para a doença, o julgamento médico tem, em princípio, uma função legitimadora (ADAM; HERZLICH, 2001: 99).

Os autores da citação acima evidenciam o papel do médico de legitimar a condição patológica da criança – como um doente ou um portador de um transtorno mental -, mas que é complementado por outros indivíduos em sociedade que conferem a essa condição patologizada um sentido negativo, de desvio. Assim, a mudança de perspectiva sobre a condição dessa criança, que vai do popular ao científico, e a reconstrução de sua imagem como um problema internalizado e individualizado caminham juntas com as noções de estigma e de desvio, explicitados no terceiro capítulo desta dissertação. Esse tipo de análise e, ainda mais claramente, as evidências coletadas em campo mostram o estigma como um elemento comumente presente nos casos de TDAH (e também na maioria de outros casos do ambulatório) e em relações entre indivíduos ditos “normais” e indivíduos considerados inferiormente diferentes ou bizarros.

O “ser TDAH” implica uma mudança nas ideias sobre essas crianças, nas denominações sobre sua condição e na imagem assimilada tanto pelos demais indivíduos quanto por elas mesmas, sendo essas mudanças marcadas por atos e sentimentos depreciativos: de bagunceira, desobediente e mal educada, a criança passa a ser vista como portadora de um transtorno mental. Retomando a questão proposta sobre a periculosidade dos comportamentos que caracterizam os sintomas do TDAH (ela só é sentida em ações que põem em risco a criança portadora?), os relatos a seguir são bastante emblemáticos nesse sentido:

“Eu sou um menino que é *desfeito* por todos da escola. Adoro jogos eletrônicos, TV, PC e esportes, tipo futebol, basquete, pingue-pongue, tênis e vôlei. Na escola todos falam que eu tomo ‘Gardenal’, que sou louco, que sou um débil-

mental, que sou burro, que sou um debiloide” (Redação feita pela Criança 1. Grifo nosso).

Pesquisadora: - E na escola, como que é, conta pra mim.

Criança 1: - Aí é que tá o problema. Xingo, batida, é... murro, chute, joelhada, cabeçada.

Mãe 1: - Do que te chamam?

C1: - De louco, palhaço... de idiota, de burro, de feio.

P: - E você se defende?

C1: - Que nem, teve uma vez lá que um colega tava tacando uma pedrinha em mim e eu tentando arrumar a bicicleta, eu que paguei o pato. Aí ficava tacando pedrinha, pedrinha, tacando, tacando, tacando pedrinha, chegou uma hora lá que eu levantei e bati, bati, bati nele. Aí eu peguei um tijolo e “pum” nas costas dele. Aí eu terminei e fui lá e contei pra mãe: “ó, bati nele, taquei tijolo nele, por causa disso, disso e disso”. Conforme ele ia tacando as pedrinhas em mim, eu ia guardando, ia guardando, a hora que as pedrinhas formaram um tijolo eu “pum”, valia pelo tanto que ele tacou de pedrinha. Aí teve uma hora que ele chegou com dois pedaços de tijolo, aí eu fui lá, corri lá, eu esquivei dos dois tijolos e eu falei pra mãe dele. Aí... não é verdade, mãe?... Aí a mãe dele falou assim, que se continuasse desse jeito, era pra mim [sic] bater nele e depois eu ir contar pra ela, que ele ia levar outra surra.

M1: Verdade (Trecho de entrevista realizada em 11/02/2010).

No primeiro, a criança qualifica-se por seus gostos (gostar de vídeo game, televisão, computador e esportes) e por aquilo que os outros dizem sobre ela, falas que relacionam uso de medicamentos, transtorno mental e loucura sob um tom depreciativo que remete ao estigma. É interessante o uso que ela faz da palavra “desfeito”: ser um menino desfeito por todos na escola significa que colegas, professores, funcionários e qualquer outro indivíduo presente no ambiente escolar desconstroem, desfazem algo pronto e, depois, o reconstroem de modo diferente. Ou seja, o que o menino realmente é – alguém com gostos próprios, como qualquer outra criança – é desvalorizado em vista do que salta aos olhos dos demais: sua condição de portador de TDAH, que toma medicamentos “tarja preta” para “loucos”, ou remédios “para a cabeça”, e que frequenta consultórios psiquiátricos.

Na visão de seu grupo, esse garoto deixa de corresponder às características esperadas de seus membros, consideradas adequadas, e assume outras, inadequadas, problemáticas, perigosas, “coisas de louco”. No segundo trecho de entrevista, o mesmo informante mostra as marcas que lhes são imputadas por seus colegas. São marcas simbólicas (apelidos pejorativos) e físicas (hematomas das pancadas, por exemplo) que representam sua inferioridade social e moral, e sua defesa é resultado do acúmulo de insultos e agressões provocados pelos colegas, uma ação

violenta, que geralmente é temida pelos demais e justifica, sob o olhar dos outros, a maneira desqualificada como a criança em questão é tratada. Sobre as marcas simbólicas e os medos alheios, sua mãe observa:

eles [os hiperativos] passam por ser mal criados, sem educação, menino que não fica quieto, sei lá, sabe, passam por preconceitos [...], aí quando a pessoa fica sabendo “não, ele tem um problema, ele tá sendo medicado”, “ah, ele é louco!” [...], aí tem medo, começam a ter medo, porque ele vai ter crise, porque ele vai atacar. [...] Tem aquele rótulo, [...] aquele desenho do vidro de veneno, aquela caveirinha, “afaste-se”, “perigo”, “veneno”, “alta voltagem”... (Mãe 1).

O reconhecimento de que a criança porta um transtorno mental – algo ainda comumente relacionado à loucura, à desordem, ao irracional e ao imprevisível – imprime-lhe marcas que atestam sua periculosidade e anormalidade. Portanto, não há só o medo de que a criança com TDAH possa ferir-se, mas também o de que ela possa atacar, medo que se intensifica em situações como a relatada pela criança, que respondeu à agressão do colega por meio de uma agressão ainda maior. Em consequência, a criança é inferiorizada pelos outros e por ela mesma. Ela é estigmatizada.

e os amiguinhos da sala de aula tiram sarro, já teve problema dentro da escola, chamam de louquinha, ela toma remédio tarja preta, ela vai na UNICAMP, então tem... certos preconceitos, né. Teve um ano atrás que ela ficou assim bem mal que eu quase cheguei a trocar ela de escola por causa desse preconceito (Mãe 3).

A fim de esclarecimento sobre o trecho de entrevista acima, “ir à UNICAMP”, nesse contexto, significa frequentar o ambulatório psiquiátrico, sendo uma expressão recorrentemente mencionada pelos pacientes. E mais, seu uso marca negativamente a criança com TDAH. Mas vale destacar o isolamento da criança na condição de portadora de TDAH, recorrendo até mesmo a uma fuga – a mudança de escola – para tentar livrar-se do sofrimento causado pelo estigma, fenômeno que também é notado no trecho de entrevista a seguir:

Na escola é difícil, os amiguinhos às vezes não entende [sic], fica [sic] rindo dele. [...] Teve dias no ano passado que a diretora disse que quando ele estiver agitado assim, não mandar pra escola. [...] pra não atrapalhar a classe [...] Não é pra mandar? Não mando. Eles entendem, eu entendo (Mãe 2).

Na primeira citação, é a mãe quem toma a iniciativa de afastar a criança de um ambiente inóspito para ela, a quem é imputado o estigma de “louquinha” por seus colegas e devido à sua condição de diagnosticada como portadora de TDAH. Na segunda, entretanto, é a escola, representada pela figura da diretora, que propõe o isolamento da criança incômoda. A informante diz ser essa uma forma de a escola entender o problema de seu filho e ela, em contrapartida, aceita a solicitação. Entretanto, o pedido feito pela diretora não revela complacência para com a criança, mas sim o isolamento (manter a criança em casa, distante de alguns contatos e relações sociais que ela pode perturbar) que lhe é imputado, um isolamento institucionalmente validado sob a justificativa de não atrapalhar o andamento das atividades em sala de aula.

No primeiro caso, observa-se uma tentativa de fuga do estigma por meio da mudança de escola e, no segundo, pela aceitação do pedido feito pela escola. Há ainda outra forma de tentar escapar do estigma e do isolamento imputados à criança com TDAH relevado por outra mãe entrevistada: “a gente não costuma dar o remédio pra ele perto dos outros, e outra que... eu falo pra ele não ficar falando, porque tem uns que não entendem, né, tem umas crianças que não entendem, os mais velhos principalmente. [...] Ele tá tomando em casa agora” (Mãe 4). Há uma tentativa de distanciar a condição da criança como portadora de TDAH das suas relações sociais, para evitar os comentários e os julgamentos daqueles que não compreendem tal realidade. Não há um preconceito explícito, mas há sim o medo de que ele surja quando revelada a “verdade” sobre a criança.

Em todos esses enunciados e observações, a escola destaca-se como local onde mais se estabelecem os estigmas relacionados ao TDAH. No trecho de entrevista a seguir, a escola aparece por meio da figura do professor que aplica atividades personalizadas a uma criança com o diagnóstico de TDAH a fim de “respeitar” suas dificuldades e limitações:

Ele não é “normal”, porque as crianças sofrem muito com isso, eles se sentem às vezes humilhados, porque não acompanham uma sala de aula igual os outros [sic], é..., às vezes, que nem, a professora pede, faz, trabalho diferenciado dentro da sala, que nem 30 alunos e só ele trabalhando diferenciado, então “normal” não é não. “Normal” não é porque eles mesmos se sentem um pouco... excluídos. Por ser diferenciado o trabalho deles dentro da sala de aula (Mãe 4).

Talvez sem perceber, os professores reforçam a classificação psiquiátrica entre normal e patológico e o estigma ao solicitar um trabalho diferenciado. Até a própria criança é capaz de

reforçar sua condição quando tenta mostrar-se como um igual. Por exemplo, em entrevista, uma criança disse fazer brincadeiras para mostrar que não é diferente, mas sua investida toma um rumo diferente, pois é encarada pelos colegas como uma atitude artificial e inconveniente. Assim, parece que, como mostrou Schneider (1974)³⁹, o estigma se perpetuará por toda sua vida e suas relações.

Portanto, entende-se que o vínculo principal entre TDAH e estigma, ao contrário do intuito dos psiquiatras de ajudar quem sofre por meio do diagnóstico e do tratamento, estabelece-se através do reforço da diferença, tornada mais grave e perigosa, articulado pelo conjunto de classificações comportamentais, consultas e uso de medicamentos: a criança mal educada é indisciplinada, mas a criança com TDAH é “naturalmente” problemática (ela tem problemas “na cabeça”), assemelhando-se ao louco. Encontra-se, então, uma origem social no fenômeno denominado TDAH que remete a expectativas histórica, social e culturalmente construídas acerca de comportamentos individuais dentro de determinados grupos e em certos contextos.

Isso significa que o estigma não surge a partir do diagnóstico, pois ele já existe quando se diz que uma criança é mal-educada, por exemplo, porque ela não apresenta os comportamentos socialmente definidos como corretos e adequados em um determinado contexto. Entretanto, quando essa inadequação é reinterpretada como manifestação sintomática de um transtorno mental, o estigma também se modifica, perdendo essa essência social e se prendendo ao indivíduo. Mas, como alertou Becker (2008), o desvio não reside no próprio comportamento e sim na interação entre quem transgredir as normas e quem reage à transgressão.

Assim, é possível a mudança da ideia de criança “bagunceira” ou “mal-educada” para a de criança “louca”. Essa transição é visível no trecho de uma estória escrita por uma mãe entrevistada (ver ANEXO C), que conta a frustração de um garoto com TDAH que não é convidado para a festa de aniversário do colega devido a seus comportamentos inoportunos:

“[Fala do pai do Paulinho, o aniversariante] - Mas me disseram que ele é doente, tem uma tal de hiperatividade, é HTDA, eu acho que é isso. Só sei que ele faz tratamento com psiquiatra lá na UNICAMP e passa pela psicóloga e tudo...

[Fala de sua mãe] - Se ele é louco, o problema é dele e da família dele. Eu já acho que ele não tem problema nenhum, é falta de umas boas chineladas, deram foi é muita moleza pra ele, não souberam educar, agora aguenta. Eu não quero

³⁹ Ver Capítulo III desta dissertação, página 75.

aquele menino na minha casa, incomodando e atrapalhando a festa do Paulinho...” (Estória criada pela mãe 1).

Nele, ser doente (ter hiperatividade ou TDAH, sigla que sequer é mencionada corretamente pelo personagem) aparece como referência às explicações psiquiátricas sobre o transtorno mental e à atribuição do problema ao corpo do indivíduo, mas é, ao mesmo tempo, relacionado à loucura (que ainda mantém fortes conexões com os transtornos mentais no imaginário coletivo) e a um questionamento das explicações científicas quando se retoma o julgamento dos indivíduos que deveriam disciplinar a criança – os pais. É interessante notar que, assumindo uma explicação ou outra, a criança é igualmente estigmatizada como alguém indesejado, que incomoda e atrapalha. A estória é encerrada com o isolamento dessa criança, que encontra nos jogos de vídeo *game*, em seu quarto e em sua mãe os amigos para compartilhar suas conquistas:

“E com isso, no dia da festa, Murilo andou até seu quarto (seu mundo), sozinho, e começou a falar com seu Super-herói favorito, do game ou do PC, que começou a batalhar com seus inimigos, em um túnel tão escuro, onde quase não se via nada, seu herói só era guiado pelo som que ouvia de uma cachoeira, que tinha no final túnel.

- Mãe, mãeeee... Eu nem acredito! Consegui passar por todas as fases e zerei o jogo.

E assim, Murilo pulava de alegria no quarto, como se estivesse dançando”.

O mundo do personagem é definido pelo julgamento dos outros, isolando-o em um mundo solitário, particular e escuro, onde há somente objetos (o vídeo *game* e o computador), um super-herói fantasioso e seus inimigos. O menino da estória, que não difere em muitos aspectos da criança real a que ele faz alusão, encontra a alegria nas coisas que não o julgam.

4.4 – Expectativas de adultos e brincadeiras de crianças (com TDAH)

A análise sobre o estigma em crianças com TDAH revela uma relação do transtorno com a sociedade por meio do estigma, ou melhor, da criação de regras e expectativas para determinados indivíduos e sua transgressão. Regras sociais não são criadas por crianças, que apenas as devem cumprir. Em consequência, a análise remete não só à hierarquia entre psiquiatras e leigos, mas também à hierarquia estabelecida entre adultos e crianças, por meio da

qual os primeiros tornam-se responsáveis pela educação, o desenvolvimento físico, intelectual, social e moral e a condução das segundas ao futuro, à vida adulta, repleta de responsabilidades e compromissos. Portanto, é preciso compreender que regras e exigências são essas, se elas são assimiladas e reproduzidas pelas crianças e qual é sua relação com a (re)definição da criança com TDAH.

A “sala de espera” já mostrou que mesmo os espaços dedicados às crianças são delimitados por regras determinadas e controladas pelos adultos. Nela são reproduzidas as relações sociais vividas pelas crianças, nas quais a família apresenta-se como primeira instituição de socialização infantil. Nesse sentido, é interessante observar as orientações que os familiares adultos dão à criança sobre o que ela deve ser:

Tem que ser um homem de verdade, não posso trair a minha mulher, não posso... tenho que trabalhar, tenho que ser alguém na vida, tenho que ser uma boa pessoa, boa mesmo e não brigar (Criança 1).

Ser um “homem de verdade” implica, conforme o enunciado, ser moralmente correto (fidelidade, “boa pessoa”), controlado (“não brigar”), produtivo e bem sucedido (trabalhar e “ser alguém na vida”). Obviamente, estas são as orientações de uma única família, mas elas revelam a atuação dos adultos na modulação moral, social, política e econômica do indivíduo desde a infância.

O trecho pode ser comparado com a explicação de Costa (1999) sobre a mudança estrutural da família colonial brasileira, que se tornou nuclear e fundada na intimidade, no cuidado com os filhos e a mulher como pilar de sustentação, e que mostra o novo papel do homem brasileiro do século XIX:

vai casar para ter filhos; trabalhar para manter os filhos; ser honesto para dar bom exemplo aos filhos; investir na saúde e educação dos filhos; poupar pelo futuro dos filhos; submeter-se a todo tipo de opressão pelo amor dos filhos; enfim, ser acusado e aceitar a acusação, ser culpabilizado e aceitar a culpa, por todo tipo de mal físico, moral ou emocional que ocorresse aos filhos (COSTA, 1999: 251).

Na família burguesa do período analisado por Costa, a mãe e, especialmente, os filhos assumiram centralidade e importância, ao contrário do passado, quando o homem era um proprietário de terras e de membros de sua família. Quase dois séculos depois, já decorridas

muitas mudanças na estrutura familiar e na divisão sexual do trabalho, ainda observam-se referências a um homem moralmente correto e economicamente produtivo. Figura ideal que pode ser colocada em risco pelo TDAH.

A concepção de “homem ideal” pode variar de acordo com o grupo social e o contexto a que o indivíduo pertence e com as tradições e experiências partilhadas, como mostra o profissional entrevistado:

[...] classes médias-altas e altas têm um padrão de exigência de desempenho escolar, o fantasma do vestibular, desempenho, se você não for muito bom, não aprender rápido inglês. Nas classes populares, eu acho que são outros tipos de exigência e tem muito a ver com o comportamento disciplinar, você não ser agressivo, ser bonzinho, se comportar, não atrapalhar os pais... muitas vezes os pais estão sobrecarregados (Médico psiquiatra 2).

Entretanto, apesar dessas diferenças entre os grupos sociais, exigências e expectativas são impostas pelos adultos (especialmente os pais) às crianças, e elas referem-se ao aprimoramento do desempenho, seja ele acadêmico, social, moral ou econômico. Considerado algo bom, correto e construtor da personalidade individual, esse aprimoramento é naturalizado, atuando silenciosamente no controle dos indivíduos, seus gestos, comportamentos, modos de pensar, agir, interagir e reagir, a fim de torná-los úteis ao trabalho (eficientes, flexíveis e atarefados, para que não fiquem pelas ruas sem rumo ou vivendo o ócio), à família e à reprodução da sociedade em que vivem.

As sociedades dos bons desempenhos fomentam a competitividade e a individualidade de seus membros, tendo como fim a criação de “super-indivíduos”. E cada vez mais as mulheres e as meninas são incluídas nessa tendência. Quando pequenas, elas devem ser as mais delicadas, ter as melhores letras em seus cadernos escolares e brincar de casinha para que, quando adultas, sejam reconhecidas como boas mães, esposas e trabalhadoras. Além disso, elas tornam-se as principais responsáveis pelos sucessos e fracassos de seus filhos [“eu, como mãe, eu sou (considerada) responsável porque não dei educação” (Mãe 1)], fenômeno que Hart, Grand e Riley (2006) chamam de “mother blame” (culpabilização da mãe)⁴⁰.

⁴⁰ Analisando as famílias burguesas europeias do século XIX, Donzelot mostra uma ideia corrente naquela época: “Se o homem preferir o exterior, as luzes do cabaré, se as crianças preferirem a rua, seu espetáculo e suas promiscuidades, será culpa da esposa e da mãe” (DONZELOT, 1980: 46).

Isso leva também à distinção entre “coisas de meninos” e “coisas de meninas”. Suas diferenças baseiam-se em uma concepção naturalizada de que homens devem ser mais fortes, racionais, briguentos, enquanto as mulheres devem ser “naturalmente” mais calmas, emotivas, pacíficas, passivas, cuidadosas, delicadas, características que ainda hoje, depois de mudanças sociais e estruturais ocorridas na divisão social do trabalho e na família, organizam as relações sociais e criam expectativas e estereótipos de gênero nas sociedades ocidentais (SANTOS, 2007: 08). Elas são percebidas até mesmo nos brinquedos: os de meninas implicam o cuidado com a família, filhos, delicadeza, enquanto os de meninos, o movimento, a violência, força. Como consequência, estabelecem-se comportamentos diferenciados, esperados e característicos para meninos e meninas, homens e mulheres.

Assim, as regras sociais transmitidas aos indivíduos desde seus primeiros anos de idade determinam como o indivíduo deve ou não ser, agir e pensar. Elas moldam-no a partir de um ideal. Citando Becker novamente, as “regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como ‘certas’ e proibindo outras como ‘erradas’” (BECKER, 2008: 15). Além da criação da imagem de um homem ou uma mulher “ideal”, criam-se classificações e punições para quem não condiga com essas regras: os desviantes ou estigmatizados. É por isso que existem as “boas” crianças e as “más” crianças e todo o processo de patologização dos comportamentos inapropriados até o TDAH.

Entretanto, antes de aprofundar essa discussão, é preciso perceber que os pais desempenham papel importante na criação da imagem da criança dentro da hierarquia adulto/criança. São eles que transmitem as regras sociais e se preocupam com o futuro de seus filhos, orientando-os nas atividades que devem ser executadas (ir à escola, fazer um curso de inglês, conseguir um bom emprego) e, acima de tudo e sem perceber, impondo-lhes expectativas vinculadas a bons desempenhos e autorrealização, que muitas vezes reflete seus próprios sonhos inalcançados. Dolto (1986: 25-26) ressalta que as crianças têm uma capacidade de questionar as categorias psiquiátricas e patologizadas que lhes são impostas, entretanto, o problema agrava-se quando seus pais alimentam uma “angústia do futuro”, uma preocupação exacerbada com o futuro (promissor) de suas crianças, impondo-lhes, conseqüentemente, a obrigação dos deveres, lições e desempenhos escolares e expectativas em relação às boas notas. Assim, quando elas são conquistadas, os pais “vangloriam-se das boas colocações da criança” (Idem), mas em caso negativo, sentem-se deprimidos.

A seguinte mãe entrevistada confirma a preocupação adulta com o futuro das crianças e as consequentes cobranças que lhes são impostas:

Hoje a gente cobra muito, né, tanto a sociedade quanto a família, é o estudo, com quem anda, a droga tá solta por aí hoje, na idade dele já tem que tomar muito cuidado. Então a cobrança é bastante, é bastante porque a gente quer dar um futuro melhor pra eles. [...] o que quer, segura as amizades, pra que não tenha problemas mais tarde (Mãe 4).

A “cobrança” advém, conforme o trecho de entrevista acima, tanto da sociedade (em forma de regras) quanto da família (como preocupação e cuidado) e visa, principalmente, ao futuro da criança. Ou seja, regras, cuidados e preocupações são aplicados às crianças no presente, enquanto passam pela infância, contudo tendo em vista o futuro, sua vida adulta. Portanto, investe-se na criança não pelo que ela é hoje, mas sim pelo que seu desempenho atual pode levá-la a ser no futuro. A ela é imposta uma posição antecipatória de miniadulto, como diz o profissional entrevistado: “[A posição da criança na sociedade] é de miniadulto. A infância não é respeitada, de maneira alguma. [...] A criança tá nessa sociedade hoje num lugar de antecipação” (Psicólogo 1). Antecipação de responsabilidades, resultados e preocupações. O sucesso é seu objetivo: à imagem do adulto “ideal”, aquele bem sucedido em todas as, ou na maioria de, suas atividades e âmbitos de sua vida, cria-se a criança “ideal”.

Como um vir-a-ser, um indivíduo em desenvolvimento para o futuro, que somente será reconhecido como indivíduo e ator social quando atingir o ponto de referência final (o adulto), a criança passa despercebida. No entanto,

Em contato com as crianças, percebemos que elas não são tão ingênuas quanto imaginamos. Elas estão atentas a tudo o que as rodeia, inclusive os “assuntos de adultos”. É também atordoante a necessidade que elas têm de atenção e carinho, mesmo que vindos de pessoas que nunca tinham visto antes (Anotação de diário)⁴¹.

O sociólogo William Corsaro (1997), o principal representante da nascente “sociologia da infância”, defende que as “crianças são agentes sociais ativos e criativos que produzem suas próprias e particulares culturas infantis enquanto, ao mesmo tempo, contribuem à produção das

⁴¹ Anotação feita em 16/03/2006 em diário de atividades desenvolvidas no projeto “Atendimento de Sala de Espera”, em 2006, que originaram o projeto desta dissertação.

sociedades adultas” (CORSARO, 1997: 4. Tradução nossa)⁴². Isso significa que a criança é um indivíduo social e culturalmente ativo, que assimila as informações de seu meio, criando seu próprio mundo e recriando e reproduzindo o mundo dos adultos, e não um mero expectador ou um ser em desenvolvimento - um vir-a-ser.

Como exemplo dessa afirmação, cita-se a experiência de um menino de 11 anos observada em campo. Conversando com psicólogas na “salinha”, que lhe aplicavam um teste de inteligência, ele disse ter elaborado um plano para o caso de sua mãe perder o emprego: ele disse que, como é esperto, teria uma perua e arrumaria um emprego, juntaria as moedinhas, depositaria e compraria uma casa. Sua mãe lhe disse que, caso ela perdesse seu emprego, eles morariam na rua, onde não se paga nada. O menino concluiu, então, que se não há gastos morando na rua é possível economizar, mas, ao mesmo tempo, ficou preocupado com a possibilidade. Nota-se, assim, que, mesmo tendo apenas 11 anos de idade, o menino tem preocupações do mundo adulto acerca de moradia, trabalho e sustento da família, de acordo com as informações que recebeu de sua mãe. Entretanto, ele as reinterpreta de um jeito próprio (comprar um carro para trabalhar e juntar, moeda por moeda, um montante suficiente para comprar uma casa).

É evidente que a criança não vive e aprende sozinha; ela encontra-se em um contexto de mediação em que os adultos são considerados “guias” na transmissão de regras sociais e morais, conhecimentos e no processo de desenvolvimento infantil. Responsáveis por esses indivíduos em formação, os adultos estabelecem o que é esperado, o que é “certo” e “errado” para as crianças de acordo com grupos sociais, ambientes e situações, e muitas vezes lhes impõe, desde cedo, preocupações com o futuro – com a futura vida adulta. Contudo, a mediação dos adultos e os contextos da criança fornecem-lhe informações que podem ser reproduzidas ou ressignificadas em brincadeiras, jogos, histórias, desenhos, entre outras formas de expressão infantil.

Em outro dia⁴³, um menino chegou à sala carregando uma caixa de sapatos repleta de objetos, que ele explicou serem suas invenções (idealizadas e criadas por ele mesmo): uma geladeira que, ligada à pilha, tinha sua luz interna acesa e possuía em seu interior drágeas de remédios já consumidos representando itens de consumo, como linguças unidas por um barbante e latinhas de refrigerante; um “criador de neve” (em um recipiente de plástico, ele colocou um

⁴² “*First, children are active, creative social agents who produce their own unique children’s cultures while simultaneously contributing to the production of adult societies*”.

⁴³ Observações das atividades no projeto “Atendimento de Sala de Espera”, em 08/06/2006.

pequeno motor na parte de baixo e dentro, isopor picado, assim, quando a pilha entrava em atividade, o motor fazia com que os pequenos flocos de isopor voassem por todo o recipiente); uma igreja, confeccionada com caixas de remédio (na porta, havia uma cruz e nas torres, um sino e um relógio que marcava a hora exata).

Essas formas de representar o cotidiano – às vezes mais distante, como a observação da neve – revelam tanto a criatividade da criança quanto sua capacidade de assimilar informações de seu contexto (elementos da casa – a geladeira -, da cidade – a igreja – e de sua condição – o uso de medicamentos) e de reproduzi-las e reconstruí-las, como, por exemplo, a construção da geladeira e da igreja em miniaturas utilizando as caixas e drágeas de medicamentos. Ou como ocorreu no saguão do ambulatório, onde caixas de papel foram transformadas em casas ou escorregadores, revistas em aviões etc.

O mesmo acontece com as informações sobre o TDAH. O estigma, a “verdade” psiquiátrica, a rotina das consultas e da administração do medicamento, os hábitos, enfim, a vida e a própria criança diagnosticada passam pela assimilação de informações, por ressignificações e reproduções em relações mediadas pelos adultos, mas também reinterpretadas pelas crianças. Nesse sentido, algumas brincadeiras revelam mais claramente a relação estabelecida pela criança entre sua vida cotidiana e o transtorno, enquanto outras evidenciam a repercussão do mundo adulto na vida da criança. No primeiro caso, pensa-se no uso das caixas de remédio (uma referência direta ao TDAH) para a construção em miniatura de prédios reais, como as igrejas. No segundo, por outro lado, a preocupação com o trabalho e a moradia do garoto de 11 anos ou a Guerra do Iraque, reproduzida pela guerra de aviões dos meninos da sala.

Outro exemplo sobre o faz de conta como forma de reproduzir o mundo adulto e a própria condição individual e, ao mesmo tempo, dar-lhe outro significado ou um final espetacular foi encontrado na estória de um menino de 12 anos, sujeito desta pesquisa:

Nasceu um menino chamado Guilherme. Ele transformava-se em leão quando quisesse. Um dia, ele passou para a 5ª série, todos detestavam o coitado. Um dia, ele não se controlou e se transformou em leão! Guilherme foi expulso da escola e pior! Da cidade.

Guilherme foi para um deserto, em uma tempestade de areia, sozinho, sem comida e nem água, encontrou uma caverna, na qual encontrou um outro menino, que transformava-se em tatu, chamado Zé, eles conversaram:

- Não sei o que aconteceu comigo, Zé. Fui expulso de tudo o que tinha.

- Você precisa mostrar pra eles como seu coração é bom, Gui. Existem muitas crianças além de nós com isso.

- Mas como?
- Ajude-os como puder!
- Eu não vou dar uma de super-herói, se é isso que quer dizer...
- Se for o único jeito, sim.

Então o Guilherme foi para Caconde, era Festa de Setembro, onde um menino iria cair da roda-gigante, Guilherme salvou a vida dele, por isso é chamado de herói.

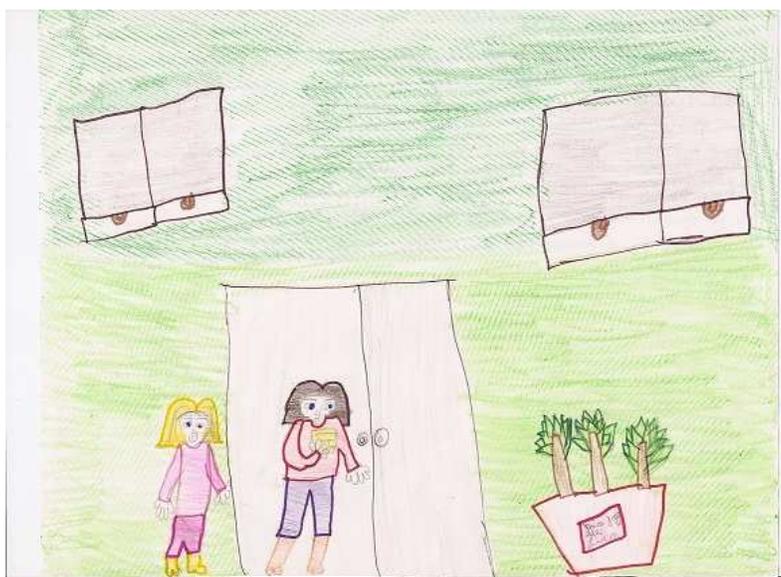
Sob um olhar classificatório e diagnóstico, talvez alguém dissesse que esse é um clássico exemplo de TDAH: a criança inicia o texto, sem muitos detalhes, e termina-o rapidamente, com menos detalhes ainda, já que uma das indicações do transtorno é a impaciência e a produção de atividades inconclusas. No entanto, sob um olhar mais crítico, entende-se que o texto conta a história de um menino diferente, que se transformava em um animal e que, por isso, deveria se controlar. Quando não o fez, o desprezo dos outros se materializou em isolamento (a expulsão e a ida ao deserto).

A imagem do leão representa um ser forte e agressivo e, por isso, temido pelos mais fracos. Sua bravura é vista negativamente, como ameaça que deve ser controlada. Quando essa ameaça se materializa, ela é destinada ao isolamento, assim como foi feito com os loucos do século XIX. Na solidão do deserto, o personagem encontra um igual: um garoto que se transforma em tatu, um animal protegido por uma armadura que não nasce com ele, mas que se desenvolve conforme seu crescimento. Na escuridão da caverna (que também simboliza uma proteção), “o leão” diz não compreender o acontecido e “o tatu” lhe mostra a luz ao dizer-lhe que é necessário revelar sua essência bondosa e ajudar os demais. Ele fala sobre a existência de outras crianças como eles, mas quando diz “Ajude-os como puder”, parece não restringir o auxílio a esses indivíduos diferentes, pois seria necessário ajudar todos, inclusive os “normais”. Por fim, o herói aparece como igualmente forte e bravo como o leão, mas substituindo a ameaça pela segurança, apagando o medo por meio do reconhecimento social de sua generosidade. Mas ele não salvou só a vida do garoto que caiu da roda-gigante, mas também a sua própria.

Assim como essa estória, os desenhos infantis apresentam uma riqueza de símbolos e simbologias que muitas vezes não é devidamente valorizada, porque se adota o desenho como critério ou mecanismo diagnóstico complementar. Eles são constituídos por traços, formas, cores e personagens, mas também contêm histórias pessoais, modos de compreender e explicar o mundo, de se relacionar com o seu contexto e com outros indivíduos. Merèdieu (2006) chama

atenção para a riqueza desses materiais e, em consequência, para o cuidado que seu analista deve ter para que não estabeleça conclusões precipitadas ou interpretações unilaterais, que desprezam o fato de que a criança não é um adulto, mas vive em um mundo adulto, que lhe impõe regras e modos de viver, se comportar e pensar⁴⁴.

Seguindo a solicitação de desenhar o local onde estávamos, a menina (de 11 anos), representou a frente do ambulatório de psiquiatria (Desenho 1), desenhando, a médica, chamada Joana, à porta lendo a “folha do paciente” e à sua esquerda, a paciente, Carla, uma menina de 8 anos que está doente (sofre de gripe). Observou os detalhes do ambulatório e do saguão e os desenhou calmamente: a planta, a placa de “não jogue lixo”, as janelas e a parede verde.



Desenho 1: Representação da médica e sua paciente em frente ao ambulatório. Produzido por uma menina de 11 anos em 08/04/2010.

Interessante é perceber que ela estabelece uma relação entre o ambulatório, o médico e o paciente doente e, conseqüentemente, entre o ambulatório e a doença, mas mostra uma doença

⁴⁴ Nesta parte do capítulo serão apresentados os desenhos infantis produzidos em campo de pesquisa e as interpretações realizadas com o auxílio do Prof. Dr. Fernando César Chacra, do Departamento de Pediatria Social (FCM/UNICAMP), experiente no trabalho com crianças e seus desenhos. O professor participou do processo produtivo e interpretativo orientando os caminhos que poderiam ser seguidos nas entrevistas (o que solicitar e observar), sugerindo interpretações para os desenhos prontos (conforme os relatos sobre como a criança se expressou e o que disse durante a entrevista e sobre sua história de vida) e discutindo minhas próprias interpretações.

diferente da sua (a menina do desenho está com gripe, enquanto ela porta o TDAH). Talvez ela não se considere uma pessoa doente e não se identifique com aquele contexto.

Sempre preocupada com o certo e o errado, em todos os momentos de produção dos desenhos ela pediu permissão para fazer algo e explicou o que faria, além de ser muito atenciosa e ajudar a guardar, ao final, os lápis de cor. O mesmo aconteceu durante a produção de sua história em quadrinhos (Desenho 2), na qual representa-se na presença de adultos e outras crianças. Na primeira tira, desenhou-se em casa com a avó, adulto presente no momento em que se prepara para a escola e que lhe dá ordens, como tomar banho e pegar a mochila. Na segunda tira, desenhou-se no ambulatório. No primeiro quadro, desenhou-se com uma menina que conheceu no local: elas não estão conversando ou pensando, porque estão brincando de passear. No segundo quadro, ela joga o papel no lixo de recicláveis (as lixeiras estavam diante de nós). No terceiro quadro, desenha-se no centro, desenha-me à direita e sua mãe à esquerda, registrando o momento em que a mãe lia o termo de consentimento e eu pedia-lhe que o assinasse. Na terceira tira, por fim, ela se desenharia na escola, mas resolveu deixá-la em branco. Não especificou o motivo, porém disse que o que mais gosta de fazer na escola é jogar bola e não gosta de quando as pessoas a agredem verbalmente.



Desenho 2: Diferentes situações reproduzidas por uma menina de 11 anos em 08/04/2010.

O que mais chamou atenção durante a produção foi que, para uma criança cujo diagnóstico é de TDAH tipo desatencional, ela prestou muita atenção aos detalhes ao seu redor, reproduzindo-os em seus desenhos. Além disso, interpreta-se que seus vínculos afetivos e relacionais limitam-se a membros de sua família e a pessoas pouco conhecidas, como a pesquisadora de blusa verde que lhe pediu que assinasse o termo e a menina que conheceu no ambulatório. Submetida às ordens (em entrevista, sua mãe disse que a criança não se importa em tomar os medicamentos, fazer os exames ou ficar sozinha), se antecipa às exigências que serão feitas (“Eu já tomei banho”; “Eu já peguei a mochila”).

Em seus desenhos, destacam-se a segunda e a terceira tiras. No quadro central da segunda linha, que representa situações dentro do ambulatório, a criança desenhou-se entre dois recipientes nomeados. Essa representação pode ser interpretada como classificações existentes no local. Entre o papel e o vidro (ambos os materiais são frágeis), a criança encontra-se entre rótulos que permitem somente o agrupamento de produtos de mesma natureza, mas segundo critérios de classificação socialmente criados e impostos. Além disso, ambos recebem restos, mas que ainda podem ser aproveitados depois de passarem pelo processo de reciclagem.

Essa classificação externa imposta à criança é observada no fato de receber o diagnóstico de TDAH subtipo desatencional, embora todos os seus desenhos tenham sido produzidos com muito cuidado e reproduzam detalhes do ambiente que até mesmo um observador atento pode não perceber. Sobre a terceira tira, que representaria o ambiente escolar, é interessante notar que ela está em branco. Uma vez que a relação entre a tira e o ambiente tenha sido somente proposta, colocam-se as questões: devido à ênfase dada pela menina aos detalhes em seus desenhos, ela estaria desestimulada a concluir sua produção? A falta significaria dificuldades de relatar ou expressar suas experiências e relações na escola? Ou ainda, a tira representaria um ambiente onde a menina não está ou não gosta de estar?

Quando questionada sobre a terceira tira, a menina somente disse não querer concluí-la. Quando questionada sobre a escola e sua relação com colegas, não forneceu resposta oral, apenas uma expressão facial tímida e sem jeito. Foi a mãe quem respondeu se ela tinha amigos na escola:

Mais ou menos, porque ela não é de se enturmar, né, ela não consegue, assim, como ela é uma criança muito fechada, ela não consegue se enturmar, aí tem os amiguinhos que têm o preconceito, né. Como ela tem a dificuldade de memorização, do déficit de atenção, então, em trabalho de escola essas coisas, é

mais a minha outra filha, que é a irmã dela que tá na mesma sala de aula e as amigas da minha filha que acaba sendo amiga dela por causa da minha outra filha, não por causa dela, entendeu? E... mas já é dela, se tem amiga, tem, se não tem, a amiga dela é a televisão, o quarto, os brinquedos... ela mesma, é, e ela, sabe assim, não reclama, a gente vê que não faz falta pra ela, e assim amiga dela mesmo é a irmã dela, ali que é as duas juntas, briga, briga, briga, mas não deixa de tá sempre junto (Mãe 3).

Aqui, se lida com características pessoais – não se enturmar, ser “fechada”, não memorizar – como problemas que geram preconceito (vale destacar que, na escola, essa criança é chamada de “louquinha” pelos colegas) e exclusão e que limitam as relações pessoais ao contato com a família e os objetos (televisão, brinquedos, quarto), aqueles e aquilo que não emitem juízos de valor sobre a menina.

Por meio da observação de seus desenhos e sua história de vida, é possível dizer que ao mesmo tempo em que essa menina questiona sua imagem criada pelos demais (não se considera doente e é atenta aos detalhes à sua volta), ela aceita as imposições que lhe são feitas (antecipação no cumprimento das ordens dadas pela avó e a reprodução do isolamento causado pelo estigma e representado pelo posicionamento entre classificações e pela relação com pessoas e objetos que não a estigmatizam).

Essa conformidade, por outro lado, parece ser questionada nos desenhos de um menino de 9 anos, também diagnosticado como portador de TDAH. As solicitações foram, respectivamente: dividir a folha e desenhar, de um lado, as coisas ou pessoas de que gosta e, do outro, de que não gosta (ver Desenho 3); desenhar a família (ver Desenho 4). De acordo com suas explicações, o Desenho 3 apresenta o contraste entre um jogo, que termina em uma borboleta, do qual ele não gosta, e um carro com uma nuvem em seu interior. Há, na verdade, contrastes entre movimentos lineares e circulares, determinados e livres.



Desenho 3: Produzido por um menino de 9 anos, em 18/02/2010, mostra linearidade e movimentos.

Ele reforça os traços lineares daquilo de que diz não gostar, contrastando-os à representação circular daquilo de que gosta: um carro, com rodinhas, uma nuvem e um círculo à direita, elementos que indicam um movimento maior. No desenho 4, desenhou-se (à esquerda da folha) junto à mãe (no centro). No canto superior direito, desenhou um homem membro da família (que não teve seu parentesco revelado e não recebeu muita atenção na produção), e no canto inferior esquerdo uma flor (que caracterizou como sua própria representação) sendo roubada por uma pequena abelha.

Uma interpretação possível desses desenhos indica a ligação do menino com uma história familiar complicada, que envolve o medo da perda do cuidado, do rompimento dos laços afetivos e a importância da origem para a criança: ele se vê como uma flor delicada e frágil, que precisa de cuidados e teme ser roubada pela “abelhinha”. Além disso, representa sua dificuldade de seguir regras e caminhos previamente traçados e determinados, sendo que a mobilidade (representada pelo carro e pela roda) o agrada mais. Esse é o ponto mais interessante quanto ao TDAH: aponta a distinção entre mobilidade e fixidez e sua possível referência ao desejo de ser livre e aceito por sua agitação em vez de ser limitado pela classificação do diagnóstico e pela

ação do medicamento. Ele parece desejar “rebelar-se” contra a norma e movimentar-se livre e rapidamente, como um carro.



Desenho 4: Família de um menino de 9 anos desenhada em 18/02/2010.

Ainda há algo interessante que se deve ressaltar sobre a história do garoto: embora tivesse 9 anos e estivesse na 4ª série quando a entrevista foi realizada, ele não sabia ler ou escrever e suas formas de se expressar oral, escrita e graficamente eram de difícil compreensão. De acordo com os critérios pedagógicos de separação por séries e sua correspondência com o desenvolvimento intelectual e de habilidades, nessa série escolar, o conteúdo ensinado já envolve a faculdade de abstração. Portanto, para uma criança que ainda não sabe ler ou escrever – ou seja, que não se enquadra nos padrões e expectativas estipulados por um sistema pedagógico de ensino -, haveria o interesse de permanecer quieta em sua carteira, prestando atenção à professora, sendo que não consegue assimilar os conteúdos ensinados? Nesse caso, o que significa diagnosticar essa criança como portadora de TDAH?

É preciso lembrar-se do fato de que também os pais criam expectativas para os filhos em termos de desenvolvimento físico, moral, social e intelectual, como sua mãe mostra: “Mas o dia que ele conseguir escrever o nome dele inteiro, ele vai ganhar um prêmio... um presentão!” (Mãe

2). Assim como os bons comportamentos são recompensados na “sala de espera”, a mãe promete recompensar o filho quando ele demonstrar o “bom comportamento” que ela espera, no caso, aprender a ler e escrever.

Desse modo, toda a singularidade da criança em questão é redefinida como um problema, uma vez que suas características, habilidades e desenvolvimento não condizem com os padrões definidos pela pedagogia, psicologia, psiquiatria ou qualquer outra disciplina ou ciência que tenha a criança como objeto de estudo e prática. Além disso, a mãe espelha na criança o desejo do sucesso e da integração social, o que lhe causa certa frustração quando seu filho diverge da maioria das crianças em mesma faixa etária, de desenvolvimento e de aprendizagem. Em consequência, o TDAH aparece como uma explicação plausível para toda essa inadequação.

Enquanto esse menino parece questionar o que os outros dizem e esperam dele, outro, de 10 anos, parece preocupar-se com as classificações e o estigma que lhe são impostos. Na verdade, trata-se de reproduções, de decalques de figuras prontas realizados pelo garoto e que, mesmo assim, carregam seus traços próprios. Ele disse gostar de desenhar, porém, naquele momento, não estava com vontade. No entanto, em todas as observações feitas em diferenciados dias o menino fez reproduções.



Desenho 5: A menina e o cachorro reproduzidos por um menino de 10 anos, em 14/10/2010.



Desenho 6: A imagem de menina reproduzida por um menino de 10 anos, em 14/10/2010.

No desenho 5, observa-se uma menina sem expressões faciais segurando um cachorro. Ela parece estar voando, sem algo a que se fixar, a não ser uma linha que foi apagada. No desenho 6, a reprodução foi mais fiel ao original, sendo que, o que se destaca é a expressão de tristeza no rosto da menina (um olhar cabisbaixo, a boca sem expressão), que não se verificou no original.

Com base nesses desenhos, entende-se que mesmo uma cópia permite a apreensão da expressão da criança, que se representa por meio da tristeza e da falta de um suporte ou de uma ligação a algo fixo, seguro. Em muitos momentos de sua vida (principalmente na escola) – dos quais se tomou conhecimento por meio de entrevistas e observações em campo -, a criança foi considerada problemática e tratada com tal, o que a transformou em uma pessoa que se sente desvalorizada, mas que faz de tudo para se mostrar como melhor do que os outros. Isso também pode estar ligado ao fato de preferir a cópia à produção de seu próprio desenho: a criança não quer se expor e, talvez, ser julgada por seus defeitos, humilhada e tratada como inferior. Ela deseja mostrar apenas o que é bonito e aceito.

Assim, cada criança tem um modo particular de dizer o que sente e pensa, de interpretar as informações que recebe e de reproduzir o mundo em que vive. Algumas crianças não se adaptam às normas, ao contrário de outras que já estão mais submetidas; outras ainda querem se mostrar melhores do que se consideram ser, devido à vergonha de sua condição. As instituições e as pessoas em geral trabalham com rótulos e classificações, sendo que muitas crianças são

recebidas por outras ou por professores, por exemplo, já marcadas pelo estigma de seu diagnóstico e não por seu nome, seus gostos e preferências. Portanto, tanto a criança “normal” quanto a criança com TDAH criam imagens de si mesmas e recebem as criações de outros indivíduos. Entretanto, no caso do transtorno em questão, essas imagens são marcadas por relações complexas entre hierarquias, regras e exigências sociais aplicadas sobre a criança. Consequentemente, a infância é o pano de fundo do TDAH não só porque os sintomas do transtorno desenvolvem-se antes dos sete anos de idade, mas principalmente porque é a criança que recebe seus rótulos e tratamentos sem que seu pronunciamento seja devidamente ouvido.

4.5 – A infância como pano de fundo do TDAH

Viu-se que a autoridade médica, a naturalidade do TDAH, as justificativas legitimadas para seu tratamento e o estigma desempenham papéis essenciais na reconstrução da imagem da criança com TDAH. No entanto, essa reconstrução tem um pano de fundo que é pouco percebido: a construção social da infância. Em posição inferior tanto nas hierarquias dominadas pelos médicos quanto nas pelos adultos, a criança está sempre submetida ao que os adultos exigem e esperam dela. Portanto, uma reflexão crítica sobre o TDAH só faz sentido se evidenciar seu ator principal: a criança em sociedade. Foi com esse intuito que seu espaço dentro do ambulatório, suas atividades, brincadeiras, desenhos, histórias e discursos foram valorizados e analisados.

Em suas relações com adultos, psiquiatras e regras sociais, as crianças com TDAH são marcadas pela intersecção entre as hierarquias médico/leigo e adulto/criança, observadas dentro do ambulatório estudado, um pequeno recorte da sociedade brasileira (ou mesmo da sociedade campineira). Nessa posição, a criança diagnosticada é silenciada de diferentes maneiras, desde a desigualdade de poder característica das hierarquias, passando pelo diagnóstico, até o tratamento medicamentoso. Mas quem é essa criança?

Compreendeu-se que os conhecimentos e experiências populares sobre elas e suas imagens são construídos e reconstruídos nos processos de estabelecimento da autoridade psiquiátrica e de estigmatização. Mas é a relação do adulto com a criança que revela a essência de sua patologia: a expectativa por bons desempenhos. Se a criança “ideal” é aquela que dá sinais de seu sucesso futuro (tira boas notas e nunca foi advertida na escola, respeita os adultos, tem bons amigos), o que será da criança desatenta, hiperativa e impulsiva, que não obedece, não para, não

aprende e ainda oferece risco a si e aos outros? O que será do menino que não controla suas emoções e bate no primeiro que vê à frente (afinal, por que ele bate em outras crianças?)? O que será da menina que, não tendo habilidades para cuidar de si, deverá trabalhar e cuidar de sua família?

Apontou-se no item anterior deste capítulo que as “sociedades dos bons desempenhos” colaboram para a criação da imagem da criança (menino e menina) “ideal”, baseando-se na de adulto (homem e mulher) “ideal”. Como resultado, surgem padrões comportamentais e de desempenho esperados para homens e mulheres, meninos e meninas. Essa constatação tem uma aplicação importante quando se entende a infância como pano de fundo do TDAH.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a proporção de diagnósticos de TDAH varia entre 4 meninos para 1 menina e 9 meninos para 1 menina. Conforme os dados levantados no ambulatório pesquisado, das 180 crianças atendidas, 41 recebem o diagnóstico, sendo 32 meninos e 9 meninas, uma razão de aproximadamente 3 para 1⁴⁵. Essa estimativa permite elaborar duas análises básicas: 1) devido às diferenças biológicas, os meninos são mais vulneráveis ao TDAH (ou são mais facilmente diagnosticados que as meninas), princípio que é amplamente defendido e estudado por pesquisadores das ciências médicas e biológicas; e 2) ocorre um processo de patologização de comportamentos infantis, ou seja, de transformação de certos comportamentos infantis em patologias psiquiátricas (em comportamentos patológicos), que encontra meios para reproduzir as regras sociais de diferenciação de homens e mulheres e as respectivas exigências em termos de desempenhos.

A visão crítica adotada nesta dissertação permite interpretar o fenômeno pela segunda hipótese, de mecanismo de reprodução social, porém transvestido de manifestação “natural”, apesar de patológica, do corpo e da mente humana. Em vista disso, entende-se que a amplitude dos critérios diagnósticos propostos pelo DSM para a identificação do TDAH reflete a assimilação de questões sociais (como as de diferenças de gênero e a infância) e o consequente

⁴⁵ O levantamento foi realizado por profissionais do ambulatório de acordo com os dados disponíveis em dois meses (não especificados) de 2010. Ao todo, 180 pacientes (entre 5 e 20 anos de idade) foram atendidos nesse período no local, sendo 124 meninos (68,9%) e 56 meninas (31,1%). Recebendo o diagnóstico de TDAH (conforme as classificações do CID-10 F90, F90.0, F90.1, F90.8 e F90.9), foram atendidos 41 pacientes (entre 5 e 14 anos), incluindo casos novos e antigos (de 2002 a 2010), sendo 32 meninos (78,05%) e 9 meninas (21,95%). Dois casos (um menino e uma menina) não foram incluídos na estimativa das crianças com TDAH, devido à abrangência da classificação do CID-10 98.8. É importante esclarecer que os diagnósticos são revistos a cada consulta, podendo ser confirmados ou substituídos por outros, o que implica possíveis mudanças nessa estimativa.

envolvimento de um número cada vez mais abrangente de indivíduos diversos sob os rótulos que esse transtorno propõe.

Se as meninas são “naturalmente” mais calmas, contidas e introvertidas, as que têm dificuldades de organização, concentração e se desempenham inadequadamente na escola podem ser facilmente identificadas e tratadas por meio do subtipo desatencional do TDAH. Mas elas apresentam comportamentos inadequados porque, desde a mais tenra idade, a menina é inserida em um mundo de exigências de bom desempenho acadêmico, habilidades intelectuais e aptidão em interações sociais para que sejam “mulheres de negócio” e mães dedicadas, enfim, “super-mulheres” capazes de “dar conta” de tudo e todos. Nesse sentido, a menina que não aprende na escola, porque se distrai com os mais insignificantes estímulos, e não participa de diversos círculos afetivos e de interação social é considerada um problema, e um problema patológico, uma vez que seus comportamentos são definidos como sintomas do TDAH.

No caso dos meninos, por outro lado, parece haver uma ambiguidade entre aquilo que se espera deles e o que os médicos definem como comportamentos masculinos patológicos: segundo Welzer-Lang (2001), os meninos são educados a fim de se diferenciarem das meninas e apresentarem comportamentos e características que implicam a força – até mesmo a briga -, a atividade, a racionalidade – oposta à emoção -, até mesmo a traição, opondo-se ao sentimentalismo e à fidelidade da mulher; mas são exatamente os comportamentos agitados e agressivos que o TDAH indica e seu tratamento combate.

Uma interpretação possível está centrada na incapacidade de se controlar: o homem “deve” brigar para ser diferente da mulher, mas brigar impulsivamente, sem controle e sem reflexão (sem racionalidade) remeteria ao descontrole (a incapacidade “patológica” de autocontrole em determinados contextos), fazendo referência, por sua vez, ao descontrole feminino, não de afetação, mas de libertação das emoções e da corporalidade, e ao descontrole do louco.

Por fim, essa questão de gênero que o TDAH suscita é uma das questões que revelam a inerência social do fenômeno, omitida por sua naturalização. É a infância e as exigências e expectativas sociais criadas para ela que estabelecem a conexão entre TDAH e sociedade. É a análise de um conjunto de indivíduos, instituições, relações e interações que permite compreender o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso como modos de identificação, classificação, controle, vigilância e correção dos desviantes, aqueles que, segundo

Becker e Goffman, não correspondem às regras sociais estabelecidas e impostas por seu grupo. Esses mecanismos redefinem as imagens da criança, tornando-a problemática, devido à sua patologia psiquiátrica. Legitimada pela ciência, a existência dessa patologia é considerada mais grave do que os desvios sociais cometidos pelas crianças “bagunceiras”, “desinteressadas”, “estranhas”, “chatas”, “mal-educadas”, entre tantos outros adjetivos. Nesse sentido, é preciso dar atenção ao que se pode chamar de controle da infância.

CAPÍTULO QUINTO

O CONTROLE DA INFÂNCIA

Desde que nascem, as crianças estão sujeitas às regras e aos desejos dos adultos. Começando pelos pais, que dão ao filho ou à filha o nome que mais lhes agrada, vestem-no(a) com as roupas mais bonitas, conforme seus gostos e recursos financeiros, e procuram o que lhes parecem ser boas escolas. Sempre se ouve dizer “que criança esperta”, mas dificilmente se atenta realmente ao que ela diz e por quê. Esses são alguns poucos exemplos de como as crianças são controladas desde suas primeiras horas de vida. No entanto, esta dissertação aborda outro tipo de controle que, intimamente relacionado ao primeiro, é mais poderoso e discreto: o controle exercido por meio de classificações psiquiátricas e tratamentos medicamentosos, em especial o TDAH e os medicamentos psicoestimulantes prescritos para os pacientes diagnosticados como portadores desse transtorno mental, tendo como principal referência a Ritalina®. Fala-se de controle da infância a fim de revelar algumas formas pelas quais se silenciam as crianças, lhes impõem limites e expectativas, enfocando-se a legitimação de práticas, discursos e saberes que as medicaliza e dociliza. Entretanto, esse controle da infância é proeminente, mas não absoluto, já que se verificam possibilidades de questionamentos e manipulação de informações e de imagens.

Nesse sentido, este capítulo final abre uma discussão mais profunda sobre a questão (*abre*, porque ainda há muito a se pesquisar e refletir sobre o TDAH e outros transtornos mentais) e evidencia o que há de social por trás do TDAH e seu tratamento psiquiátrico medicamentoso e as consequências de abordar o fenômeno como algo restrito à biologia do corpo e da mente humana.

5.1 – Uma relação especial: sociedade e infância e TDAH

A reflexão estabelecida nesta dissertação repousa sobre as seguintes bases: a sociedade e a infância e, como consequência, o TDAH. Propõe-se que infância e TDAH são modelos criados social, histórica e culturalmente (com definições, explicações, expectativas e soluções particulares), interpretação essa que, enfocando a análise do TDAH, coloca sob questionamento o destaque dado ao transtorno como algo predominantemente biológico por muitos psiquiatras. Em realidade, a base do TDAH é o pensamento racionalizado que caracteriza as ciências médicas e

psiquiátricas, que também se define no percurso histórico das mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas desde o período chamado de Iluminismo.

A figura 2 ilustra a relação entre essas três bases e oferece um panorama geral que responde às perguntas “por que certos comportamentos infantis passam a ser considerados patológicos?” e “por que as crianças que os manifestam são medicadas?”, as principais que guiaram esta dissertação.

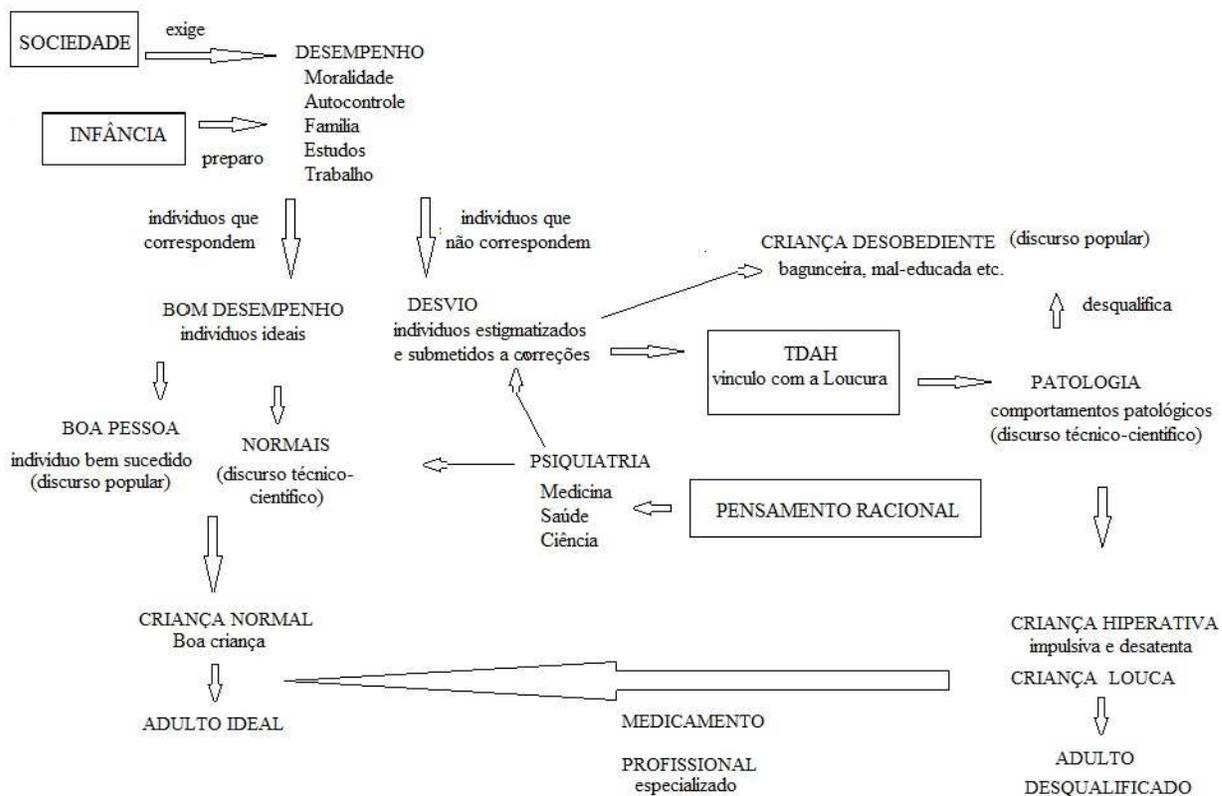


Figura 2: Esquemática gráfica da relação entre TDAH, sociedade e infância.

No canto superior esquerdo, a sociedade (conjunto de instituições, indivíduos, grupos, normas e regras) e a infância (conjunto de crianças dentro de uma dada sociedade e as exigências e expectativas gerais e particulares para esses indivíduos) atuam conjuntamente no desempenho, a primeira apontando-o como uma exigência e a segunda preparando as crianças para ele. Isso significa que se fala de sociedades que exigem de seus membros bons desempenhos morais (ser “correto”, honesto, respeitoso, obediente), emocionais (saber controlar-se), intelectuais (ter boas

notas na escola e um bom trabalho) e sociais (relacionar-se com outras pessoas, estabelecer uma família, ter amigos), e que lhes “premiem” com o reconhecimento de seu sucesso. Os indivíduos são inseridos nessa lógica desde muito cedo, sendo o sucesso das crianças uma forma de preparo para a vida adulta.

Entretanto, há crianças que não correspondem a essas exigências e expectativas e que, por isso, são marcadas como “desviantes” – as crianças “desobedientes”, “bagunceiras”, “mal-educadas”, “desinteressadas” etc. – e distinguidas negativamente daquelas que ouvem o professor, fazem suas tarefas de casa, obtêm boas notas escolares, obedecem aos pais, permanecem quietas em locais que exigem esse tipo de comportamento (como a sala de aula, por exemplo), parecendo “mocinhos” e “mocinhas”, imagens em miniatura dos adultos “ideais”. E para aquelas crianças “desviantes”, os castigos, as represálias, as orientações e as “broncas” são meios utilizados pelos adultos (especialmente pais e professores) para corrigir suas falhas e discipliná-las, para que tenham chances de se tornar adultos “ideais” no futuro. Já que, como mostrou Elias (1993), a ideia que se forma historicamente é a de que a “civilização” só é possível se os indivíduos forem capazes de controlar suas emoções e sentimentos e de ter consciência de causas e efeitos em suas ações.

Com o objetivo de compreender e explicar o mundo, as ciências identificam fenômenos que se destacam em seu tempo e espaço e os transformam em seus objetos de estudo. Foi o que aconteceu com as crianças “desviantes” que manifestavam comportamentos arredios, desobedientes e dificuldades escolares, e isso ainda no século XIX. O problema foi então denominado “Defeito no Controle Moral”, nome que revela o “desvio” pela incapacidade de controlar desempenhos morais, como a obediência e o controle da corporalidade.

Decorrido mais de um século desde essa primeira observação, a clareza da relação entre moralidade e fisiologia corporal perdeu-se e seu elemento biológico tornou-se predominante. É nesse contexto que aparece o TDAH, caracterizado como um transtorno mental infantil e, por isso, objeto de prática, saber e discurso da psiquiatria. Para as crianças então identificadas como portadoras, foram criados critérios diagnósticos que objetivam sua identificação e que as classificam como manifestantes de algo patológico, que prejudica e faz sofrer e que, por isso, deve ser tratado⁴⁶. Assim, as crianças que antes eram estigmatizadas e submetidas a correções

⁴⁶ Vale enfatizar que não é o objetivo desta dissertação analisar a existência ou não do TDAH. Existem teorias contra e a favor da existência do transtorno, como já foi apresentado no Capítulo III, mas o ponto de vista aqui

oriundas da experiência popular passam a ser subjugadas a novos estigmas referentes à sua condição de portadora de um transtorno mental e a novas formas de correção, entre elas e destacadamente, o medicamento psicoestimulante. Nesse sentido, o DSM como a “bíblia psiquiátrica” assume o papel de definir quem é a criança com TDAH, distinguindo-a das crianças “normais” (as “boas crianças”, bem sucedidas em seus desempenhos) devido à sua patologia comportamental.

A criança, então, deixa de ser vista pelos leigos como desobediente, bagunceira ou mal-educada, e é transformada, com o respaldo do discurso psiquiátrico, em criança hiperativa, impulsiva e desatenta, ou louca - novo estigma adotado pelos leigos -, que deve ser tratada para que não sofra e não seja prejudicada em suas atividades cotidianas e em seus desempenhos. Nessa lógica, é preciso “civilizá-la” para viver em sociedades competitivas, comparativas e baseadas no trabalho, na flexibilidade, no lucro e na assimilação e produção rápida de inúmeras informações. Afinal, como seria possível corresponder à exigência de bons desempenhos escolares, sociais e morais sendo um indivíduo hiperativo, impulsivo e desatento? Como seria possível considerar uma criança desobediente, bagunceira e preguiçosa alguém civilizado? Como seria possível um louco não apresentar ameaças aos sãos e civilizados?

A preocupação de pais e profissionais com as crianças é muito clara, já que a competição entre indivíduos é acirrada desde os primeiros anos na escola, tendo como consequência a marcação negativa daqueles que não se enquadram ou são diferentes. Essa distinção e classificação levam os indivíduos, então, a uma busca frenética por explicações e soluções a tudo que se refere à infância e se apresenta como estranho e prejudicial. Quantos pais eu ouvi dizendo “eu não aguento mais tanto sofrimento, tanta dificuldade” ou “os outros não entendem”, o que faz pensar mais em um desejo de normalidade do que de normalização; ou seja, deseja-se permitir às crianças e suas famílias uma vida mais “normal”, sem manifestações patológicas, doenças ou estigmas, mais do que um desejo de controlar, silenciar e adestrar. Definir o problema sofrido pela criança como um transtorno mental ou uma doença permite essa distinção, pois ele é internalizado no corpo da criança, tornado a manifestação de uma disfunção neurológica e química, retirando de todos os indivíduos a culpa e a responsabilidade por ele.

adotado refere-se mais a uma nova interpretação possível sobre o TDAH: compreender o processo de ressignificação de certos comportamentos infantis.

É isso que acontece quando as qualidades socialmente consideradas negativas de uma criança, como os “maus comportamentos”, são identificadas como sintomas de um transtorno mental: além de a culpa recair sobre o indivíduo – em sua constituição biológica -, a criança passa a ser relacionada à anormalidade e à loucura, um ser perigoso e bizarro. Estabelece-se, então, um vínculo ao mesmo tempo forte e invisível entre o TDAH, a infância e a sociedade: forte porque, atualmente, a criança “mal-educada”, “bagunceira” e “desobediente” não passa despercebida pelos olhos dos demais indivíduos, representantes da sociedade, mesmo ainda sem o estabelecimento de um vínculo com os transtornos mentais; e invisível porque omitido pela biologização e patologização dos comportamentos socialmente definidos como “desviantes” de regras e expectativas sociais. Sendo assim, aquela distinção entre normalidade e normalização é mais tênue do que parece, tendendo mesmo a desaparecer e tornar seus dois polos intrincados um no outro. Isso significa que o desejo de normalidade implica a normalização de indivíduos, relações e modos de ser, agir e pensar.

Por sua vez, a imbricação entre normalidade e normalização recai em desempenhos infantis. No primeiro capítulo desta dissertação, citou-se Bradley (1994) e seu estudo sobre a ação da benzedrina (composto semelhante ao metilfenidato) em crianças com comportamentos semelhantes aos atuais sintomas do TDAH, cujo principal resultado foi a observação de um aprimoramento do ponto de vista social, caracterizado pelo aumento do desempenho escolar e pelo controle de características pessoais e de respostas emocionais. A pesquisa mostra como efeito positivo do composto químico o enquadramento da criança, o seu retorno ao “bom caminho”, ao sucesso escolar, social e moral, e, conseqüentemente, define o que a criança não deve ser. O mesmo fazem hoje os critérios diagnósticos do TDAH e o tratamento com psicoestimulantes. Até mesmo os manuais psiquiátricos e os profissionais reconhecem uma demanda social por comportamentos e desempenhos infantis padronizados que influenciam o TDAH. O Compêndio aponta as “*demandas da sociedade para aderir a uma forma padronizada de comportamento e desempenho*” (SADOCK; SADOCK, 2007: 1305) como fator psicológico que pode auxiliar o desencadeamento do TDAH, e o informante diz:

Então como em quase todos os transtornos na psiquiatria, [o TDAH] é multifatorial, tem fatores genéticos, cerebrais, ambientais, tem fatores emocionais, fatores do padrão de educação, fatores sociais, na escola, o tipo de

demanda social, o tipo de atividade social que a criança realiza... (Médico psiquiatra 1).

No entanto, definindo-os como fatores secundários que podem auxiliar o desencadeamento do transtorno, os profissionais esquecem-se de que a padronização comportamental e de desempenhos está na base do TDAH. Não de seu desenvolvimento nas crianças, mas sim na sua definição como um construto, como uma entidade classificatória e psiquiátrica que identifica as crianças que necessitam de um “aprimoramento social”.

Todos os esforços pelo alcance do bem estar da criança diagnosticada e de sua família remetem, em realidade, a um controle sobre desempenhos transvestido de controle de sintomas, termo que se refere diretamente à doença e não à sociedade. E nesse controle dos “sintomas” da criança “problemática”, a escola apresenta-se como espaço importante para sua identificação e readequação. Em suas condições e configurações atuais, a escola deixa de ser um espaço disciplinar legítimo, embora ainda mantenha seus traços de introjeção de regras sociais, adestramento do corpo por meio da imposição de conteúdos acadêmicos, tarefas e horários, para assumir o papel, autorizado pela medicina e psiquiatria, de espaço de detecção de “anomalias”. Isso porque na escola a criança entra em contato com outras crianças e estabelece novas relações, sendo introduzida em um sistema classificatório e comparativo que permite que suas qualidades, desempenhos e comportamentos sejam comparados a um padrão desejado e classificado como “bons” ou “maus”, adequados ou inadequados, satisfatórios ou insatisfatórios. Nesse modelo fechado e padronizado, não se permite que o aluno reflita e seja crítico sobre as informações que recebe, mas, por outro lado, valoriza-se a competição, havendo vencedores e perdedores. Seria coincidência a entrada na escola ser o momento-chave para o encaminhamento e o diagnóstico de crianças com TDAH? É na escola que os “déficits de aprendizagem”, transtornos de conduta e TDAH são identificados e confirmados.

Em outras palavras, as ciências médicas e da saúde fazem uso da educação para legitimar seus saberes e discursos. Tanto a educação representada pela instituição escolar quanto a reeducação de hábitos, formas de compreender o mundo, (reconstrução de) imagens e experiências populares, conforme foram apresentados os resultados de pesquisa no capítulo anterior.

Somada a essa realidade escolar, os informantes apontam que a precariedade do sistema educacional público brasileiro intensifica o problema. Apontada como instituição de socialização infantil e complementaridade à educação familiar, a escola – como também os professores, diretores e alunos – estaria abandonada a sua própria sorte, suja, desrespeitada pelo poder público, impedindo que ela cumpra seu papel de transmissão de regras e conhecimentos e de disciplinarização de crianças e jovens. Além disso, alguns entrevistados consideram que os professores estão despreparados para educar e lidar com crianças portadoras de transtornos mentais.

Aí está a abertura para a intervenção médica e o controle tanto de crianças “problemáticas” quanto de seus pais e professores. Esses leigos são, então, introduzidos no mundo do TDAH, o que remodela todas suas experiências e saberes sobre o cuidado e a educação das crianças, permitindo-lhes apenas identificar outros possíveis portadores e encaminhá-los a um profissional especializado, legitimamente qualificado para diagnosticá-los e tratá-los, ou seja, recolocá-los no “bom caminho” da formação do “adulto ideal”.

Mas agora essa escola que ela tá, a diretora, a professora é especializada, é, tem especialidade com criança... com problemas, ela já trabalhou na APAE por muito tempo, então tá amenizando um pouco, ela tá conversando com os outros alunos da sala... crianças especiais... ela tá conversando, explicando, que não é diferente de ninguém, que ela simplesmente não consegue prestar atenção igual eles, que ela tem um pouco mais de dificuldade (Mãe 3).

A excepcionalidade (em seu sentido mais estigmatizado de “anormalidade”) da criança com TDAH (e também de todas as outras portadoras de “déficits de aprendizagem”), assim, exige profissionais especializados para educá-la. Desse modo, a difusão do TDAH, da desqualificação de pais e professores e da expansão da jurisprudência médica a outros âmbitos, como a família e a escola, influi diretamente na profissionalização e controle da infância. Embora o psiquiatra ainda seja consensualmente considerado o profissional mais habilitado a lidar com o TDAH, devido a seus saberes especializados sobre os transtornos mentais, os leigos passam a exigir também que a escola disponha de diretores e professores especializados, assim como outros profissionais, tais como psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos, para dizer a “verdade” sobre essas crianças, reorganizando suas rotinas, desqualificando conhecimentos e experiências

leigos e silenciando e controlando as crianças, assim como toda a base social sobre a qual repousa a classificação TDAH.

É por isso que a APAE, uma instituição voltada à educação especializada dada aos “excepcionais”, é muitas vezes indicada ou procurada por aqueles que buscam uma explicação para os problemas de seus filhos. Sua procura indica, por um lado, o estabelecimento de um vínculo entre a criança com baixos desempenhos escolares, sociais e morais com a criança “excepcional” e, por outro, a necessidade de buscar um profissional ou instituição profissionalizada para o seu cuidado. Em outras palavras, em um processo de institucionalização e profissionalização da infância “excepcional”, “desviante” ou “patológica”, revela-se o estigma da criança, sua inferioridade e a necessidade unir as crianças com “desvantagens” em grupos de iguais e em instituições voltadas para esse trabalho especial logo a partir do momento em que se adentra a escola. E quando essa escola apresenta características deficitárias, como as escolas públicas brasileiras atuais, buscam-se outros espaços e profissionais mais capacitados para solucionar os problemas de seus alunos, incluindo o TDAH.

Portanto, quando se especializa outros profissionais que não os psiquiatras para cuidar de “crianças especiais”, as imagens dessas crianças já foram desfeitas e refeitas, internalizando-lhes o estigma do TDAH e a necessidade de se atingir uma socialização adequada, que corresponda às normas sociais e às expectativas de desempenho e que lhes permita, no futuro, ser adultos de sucesso, que frequentem uma boa universidade, sigam um curso promissor, tenham um trabalho bem remunerado e gratificante e uma família bem estruturada. Obviamente, quando se pensa nas diferenças e distâncias sociais entre grupos, é impróprio generalizar esse percurso traçado pelo adulto para a criança, pois muitas famílias mais pobres precisam que seus filhos trabalhem desde muito cedo, o que dificulta o acompanhamento dos estudos e a sequência em universidades. No entanto, mesmo entre as famílias “SUS-dependentes” observadas no ambulatório, a ansia dos pais sobre o desempenho e o futuro de seus filhos move-os a buscar ajuda quando as crianças apresentam dificuldades, principalmente se estas forem caracterizadas como prejuízos causados pelo TDAH.

Conforme a esquematização gráfica da relação entre TDAH, sociedade e infância (figura 2), no canto inferior direito, tem-se como resultado do processo de identificação, classificação, estigmatização e reconstrução de imagens a criança hiperativa, impulsiva e desatenta e a criança louca, que não carregam simplesmente o transtorno mental: ele é introjetado na criança, cujas

características, sentimentos e modos particulares de ver o mundo são patologizados e estigmatizados, resultando, por sua vez, em um futuro adulto desqualificado. Assim, juntamente ao profissional especializado, o medicamento aparece como capaz de transformar essa criança “patológica” em uma criança “normal” e, futuramente, em um adulto “ideal”. Portanto, os profissionais de saúde especializados, dando destaque aos psiquiatras, o TDAH e o medicamento são os protagonistas (porém não os únicos atores, como se explorará) dos processos de medicalização e de docilização que perpassam todo esse esquema.

5.2 – Medicalização e docilização

Foucault (1991: 126) define o corpo dócil como aquele passível de submissão, utilização, transformação e aperfeiçoamento e que se encontra dentro de um emaranhado de poderes que, em qualquer sociedade, lhes impõem limitações, proibições e obrigações. O corpo é trabalhado por esses poderes individual e detalhadamente a fim de que seus comportamentos, movimentos, gestos, desempenhos, enfim, suas mínimas partes, sejam esquadrinhados, disciplinados e tornados úteis a seus fins. O corpo é, enfim, docilizado. Para o autor, todos e qualquer indivíduo encontra-se nessa relação de submissão, já que as sociedades precisam de corpos dóceis para se perpetuar. Assim, defende-se nesta dissertação que a criança com TDAH é um corpo indócil e o movimento de patologização de seus comportamentos, de desqualificação dos leigos, de criação de critérios e classificações diagnósticas, de modulação de imagens e de tratamento resulta de mecanismos de poder, de medicalização e docilização, cuja finalidade é transformar esses corpos indóceis em úteis.

Vale lembrar que os processos de medicalização da sociedade e da infância e a docilização dos corpos infantis não se iniciam com o TDAH. Estudiosos da história da medicina, do trabalho, do capitalismo, dos desempenhos, enfim, da sociedade, estão aí para nos mostrar isto. Porém, esses processos perpassam todos os níveis hierárquicos do ambulatório estudado, inclusive o mais alto, o dos psiquiatras, mas em graus diferentes.

Os psiquiatras, por um lado, são “vigiados” por pares em relação ao seguimento das tradições institucionais, respeito às suas regras, à linha de conhecimento e prática adotada, à limitação de recursos materiais, humanos e financeiros e à objetividade das ciências médicas e biológicas. Outros profissionais, mesmo que especializados, são chamados a atuar somente em

determinados momentos, quando a psiquiatria necessita da complementaridade de suas práticas. Os pais, por outro lado, são desabilitados em seus discursos e saberes e colocados em uma posição inferior nas hierarquias locais, ao mesmo tempo em que desempenham importantes funções na legitimação do psiquiatra.

Mas é a criança quem se encontra em posição mais inferior em relação a todos os indivíduos do ambulatório, estando submetida tanto às hierarquias baseadas nos conhecimentos quanto às nas experiências, como se discutiu no capítulo anterior. A ela é dado pouco espaço de expressão, ainda mais quando sua imagem é estigmatizada e o indivíduo é silenciado pelo diagnóstico de TDAH e pela ação química do medicamento psicoestimulante, momento considerado por profissionais, pais e algumas crianças como a verificação efetiva da melhora, do bem estar e da normalidade (e, conseqüentemente, a efetivação da autoridade do psiquiatra). Nesse sentido, a criança hiperativa, impulsiva e desatenta é a principal vítima da medicalização e da docilização, que se manifestam por meio de dois mecanismos fundamentais: o TDAH e o medicamento.

O TDAH é um construto, o que significa que ele é algo que se revela indiretamente, por meio do que se chama de sintomas no meio médico, ao contrário do que é palpável ou diretamente observável, como um objeto. Sintomas são sinais ou indícios de que algo não vai bem com a saúde do indivíduo. No caso do TDAH, esses sinais são, na verdade, comportamentos infantis definidos como patológicos porque, além de causar sofrimento para a criança e os demais indivíduos à sua volta (especialmente sua família), indicam problemas. Não necessariamente problemas de saúde, como uma febre, por exemplo, mas problemas nos relacionamentos e desempenhos escolares, no cumprimento de regras e deveres e no desenvolvimento social e moral do indivíduo.

Assim, mesmo que seja verdadeiro dizer que os comportamentos humanos são biológica e geneticamente definidos (implicando um questionamento que não é abordado nesta dissertação), o que se aponta como questão fundamental é por que certos comportamentos infantis são definidos como problemáticos e patológicos. E mais, se o TDAH é um construto, significa que a partir de um ponto de referência (os saberes racionais e especializados da psiquiatria) criam-se critérios de identificação, denominações, listas de sintomas e soluções para o que se constrói como um transtorno mental. Ou seja, a partir de comportamentos infantis agitados, impulsivos e desatentos (que podem englobar uma série de manifestações que se encaixam nesses rótulos),

criam-se formas de identificar indivíduos que os apresentam, de classificá-los conforme o subtipo e a gravidade e de dar-lhes opções de tratamento. Em última instância, determina-se, baseando-se em comportamentos, o que é normal (certo) e o que é patológico (errado), quem é normal ou patológico, quem são os indivíduos que apresentam tais comportamentos e o que deve ser feito com eles, já que agora o problema vincula-se à constituição corporal do indivíduo.

Essa determinação é consolidada e institucionalizada pelo DSM, a “bíblia da psiquiatria”, e permite o estabelecimento de juízos de valor para a avaliação de comportamentos infantis, pois define os patológicos como manifestações negativas e, conseqüentemente, o seu contrário – os comportamentos normais – como manifestações positivas, apreciadas e ideais. Dizendo o que a criança não deve ser, define a “má criança”, aquela que possui problemas característicos de um transtorno mental e, por isso, deve ser tratada.

Outro papel do DSM, conseqüentemente, é legitimar o desejo pela normalidade da criança por meio de uma imagem negativa para certos comportamentos infantis sob o rótulo de “patológicos”. No entanto, o faz omitindo a origem social e cultural da transgressão comportamental e colocando-a sob uma origem biológica, genética e individual. O manual valida a transformação em problema médico do que antes era uma questão social ou experiências populares cotidianas. Eis aí um dos significados do termo “medicalização”. Como resultado, legitima-se cientificamente o controle de comportamentos socialmente definidos como inadequados, incômodos e imorais por meio da reorganização de hábitos e costumes, da busca por profissionais mais qualificados e especializados que a tradição popular e leiga, e do uso de medicamentos psicoestimulantes. Estes, usados sob a justificativa de conter danos e riscos, evitar o desenvolvimento de outros transtornos e de estigmas e promover o bem estar, controlam “sintomas”.

Portanto, o controle dos sintomas implica, na verdade, o controle dos comportamentos e, conseqüentemente, o controle do indivíduo que os manifesta. É a ação do que se chama de poder disciplinar ou docilização, ou ainda sua vertente, o poder psiquiátrico. Controla também, direta e indiretamente famílias e escolas. Como o número de diagnósticos de TDAH e a difusão de seus conhecimentos vêm aumentando em escala mundial, o controle que seu diagnóstico e tratamento desempenham passa à larga escala, chegando a controlar populações, que acreditam piamente que cada vez mais crianças portam o TDAH. Quando esse poder regula toda uma população, ele transforma-se em biopoder (FOUCAULT, 1977), o poder sobre a vida.

Estamos, então, diante dos processos de medicalização e de docilização - controle e vigilância constante (pelos médicos) dos corpos, a fim de torná-los úteis e silenciados - e da ação de um biopoder, que se difundem cada vez mais através das sociedades por meio do TDAH, criando relações cada vez mais desiguais de poder em que, em grande parte dos casos, o saber e o discurso médicos vencem a verdade do “louco”, ou melhor, da criança marcada como portadora de um transtorno mental.

O TDAH não tem cura. Se a única (porém complexa) ação sobre ele é o controle de seus sintomas, pergunta-se: o transtorno se torna uma característica pessoal ou uma característica pessoal se torna um transtorno? O comportamento é o ponto de partida. A agitação, por exemplo: não se tem agitação, mas se é agitado. Portanto, ela é uma característica pessoal. Ressignificado a partir de seu vínculo com o TDAH, esse comportamento torna-se sintoma do transtorno (a hiperatividade) e, por ser entendido como algo fora do normal, fora dos padrões aceitáveis para comportamentos agitados, assume um significado negativo, tornando-se uma característica pessoal patologizada. É como retirar do indivíduo algo que ele possui, reconstruí-lo e reinseri-lo. É desfazer algo pronto e refazê-lo.

Características pessoais não são doenças ou transtornos mentais e, portanto, não têm cura. São modos de ser, agir e pensar, podendo ser silenciadas e transformadas, mas não extintas. Sua impertinência perpetua-se (em forma de estigma) mesmo que a legitimidade científica a reconheça e lhe proponha a “normalidade”. Mas que normalidade é essa se a criança sempre será aquela que tem TDAH e toma remédios? “Desfazer” a criança é um processo irreversível? Talvez não, mas seu isolamento somente acabará quando ela for socialmente reconhecida como um “herói”, o indivíduo que se destaca por sua coragem e por sua personalidade moralmente correta e, por isso, socialmente reconhecida como positiva, como na estória do garoto apresentada no capítulo anterior.

O medicamento, então, aparece como a possibilidade de transformar o “bandido” em “herói”. Agindo no controle dos sintomas do TDAH, ou em determinados comportamentos infantis, considerados inadequados ou incômodos (e, conseqüentemente, controlando o indivíduo que os manifesta), o medicamento permite que a criança seja aquilo que os demais indivíduos esperam dela: uma criança “bem comportada”, bem sucedida na escola, racional (que tenha consciência de suas ações), respeitadora de regras e cumpridora de seus deveres, enfim, um indivíduo moral, social, física, econômica e politicamente correto. Assim, o medicamento é a

forma de medicalização mais evidente, porém, ao mesmo tempo, mais discreta, pois todos sabem que ele exerce um controle químico sobre os sintomas indesejados e, exatamente por esse motivo, é evocado por carregar o significado simbólico da cura. Entretanto, essa “cura” no TDAH significa o silenciamento das crianças que carregam um potencial questionador muito forte: elas percorrem a contra mão da via das normas e das regras, do “correto”, mostrando que existem outras formas de ser, agir e pensar.

Já que os métodos disciplinadores “tradicionais” (educação escolar, limites impostos por pais, adestramento do corpo por meio de tarefas, rotinas, horários etc.) não lhes causam grandes efeitos, o controle químico do medicamento age sobre o corpo e a mente da criança como uma anestesia corporal e individual. Ao mesmo tempo, ele atua como uma anestesia social, pois facilita a vida de todos os indivíduos envolvidos com essas crianças, minimiza as preocupações e promove uma “socialização artificial”, nas palavras de Hart, Grand e Riley (2006), pois permite que a criança com TDAH envolva-se adequadamente em relações sociais com outros indivíduos e aprimore seus desempenhos, rumo à vida adulta.

Sendo, portanto, aceito e evocado pelos psiquiatras, pais e crianças diagnosticadas, a fim de se buscar a “normalidade”, a tranquilidade e o bem estar, o medicamento assume diferentes formas de controle individual e social que silenciam as potencialidades dos indivíduos, legitimam o TDAH como uma entidade estritamente biológica e validam as hierarquias entre médico e leigo e adulto e criança.

Uma de suas formas de controle é sua resposta positiva em uma luta contra uma “morte social” – a exclusão social, o isolamento, a desvalorização do indivíduo, enfim, o estigma. Assim como ele pode evitar a morte do indivíduo doente ao curá-lo, o medicamento psicoestimulante pode evitar essa morte social da criança com TDAH, causada por seu “fracasso” social e moral, ao controlar seus comportamentos considerados inadequados.

[...] o médico mesmo falou pra mim que é mais perigoso eu dar uma dipirona pra ele do que eu dar o, a faixa preta que ele toma. A dipirona, ele pode ter um choque anafilático, e a faixa preta ele só pode ficar dependente. Então eu prefiro a dependência do que [sic] o choque anafilático (Mãe 4).

Não se sabe se a informante compreende o significado de “choque anafilático”, mas a palavra choque remete ao perigo e a um perigo maior que a dependência química. Embora ainda

sem comprovação, diz-se que a Ritalina® e outros psicoestimulantes podem provocar dependência química em seus usuários, mas nessa explicação, a entrevistada aceita a “verdade” médica na tentativa de evitar as duas mortes mencionadas: a morte do corpo, que poderia ser causada pelo choque anafilático, e a “morte social”, evitada pelo uso do medicamento para o TDAH e seu resultado rápido e eficaz, que permitem à criança acalmar-se, obedecer às regras e aos adultos, estabelecer laços de amizade e aprimorar seu desempenho escolar. Percebe-se também que o discurso proferido pelo médico citado supervaloriza a existência do perigo para justificar a adoção do medicamento e a tranquilizar pais e pacientes que se assustam com a administração de um medicamento “tarja preta”. O perigo que qualquer medicamento apresenta se não administrado corretamente, conforme as orientações médicas, e o perigo do estigma.

Viu-se no capítulo anterior desta dissertação, no entanto, que o uso do medicamento intensifica o estigma imputado à criança diagnosticada, que passa a ser vista como alguém com “problemas na cabeça”, um louco. Para evitar esse tipo de constrangimento, observou-se que alguns indivíduos dispõem de estratégias para manipular os efeitos negativos do uso de medicamentos psicoestimulantes. É o caso do relato da uma mãe entrevistada, mostrado no capítulo anterior (páginas 112 e 113), sobre o desejo de seu filho ser como os outros e o encontro dessa possibilidade com a utilização do medicamento.

Movido pelo sentimento de vergonha por sua condição (ou seja, pela aceitação de sua inferioridade), o menino encontra no medicamento a chance de corrigir sua falha e ser igual às demais crianças. Entretanto, como se sabe que o conhecimento dos demais sobre o transtorno e sobre a administração do medicamento pode intensificar o estigma, essas informações são omitidas: “a gente não costuma dar o remédio pra ele perto dos outros, e outra que... eu falo pra ele não ficar falando, porque tem uns que não entendem, né, tem umas crianças que não entendem, os mais velhos principalmente” (Mãe 4. Relato citado no quarto capítulo, página 117).

Também é o caso das crianças que tentam manipular o estigma gerado pelo diagnóstico do TDAH e o uso do medicamento ao tentar mostrar-se como a melhor entre as outras e mostrar apenas o que é belo e aceito em seus desenhos, escondendo sua verdadeira realidade para não sofrer (Criança 4), ou ao fazer brincadeiras (consideradas bobas pelos outros) para mostrar que não se é diferente de ninguém (Criança 1). Ou, ainda, da criança que parece não se reconhecer como doente ao vincular o ambulatório, o médico e a paciente com gripe (e não uma menina como ela) em seu desenho (Desenho 1, quarto capítulo).

Compreende-se que nessas indicações ocorrem tentativas de escapar do poder devastador dos efeitos estigmatizantes do diagnóstico e do tratamento psiquiátrico e medicamentoso, mas sem deixar de aceitar a condição explicada pelo TDAH e sem abrir mão do medicamento. O que se quer dizer é que esses indivíduos mostram que são diferentes daquilo que a sociedade diz sobre eles (o que se entende como uma forma de questionamento), mas eles continuam presos aos estigmas e classificações que lhes são impostos tanto pela sociedade quanto pela psiquiatria e o controle químico dos medicamentos. É o silenciamento do “louco” pela “verdade” do psiquiatra, imposta ao paciente e aceita pela sociedade.

Esse silenciamento aponta para outra forma de controle assumida pelo medicamento: a da punição. As observações no ambulatório possibilitaram a percepção de manifestações explícitas do uso do medicamento como punição ou ameaça, como a mãe que disse, a fim de acalmar seu filho que corria pelo ambulatório, “se você não parar, vou te dar o remédio”. Contudo, quando os questionamentos e as manipulações das “verdades” impostas a essas crianças são caladas pelo TDAH e pelo medicamento, a punição é mais discreta e, até mesmo, imperceptível. Ela manifesta-se por meio de uma desqualificação do indivíduo, como se dissesse “você não sabe o que está fazendo” ou “isso não vai adiantar, se aceite como é, mas os remédios podem te ajudar”.

Uma terceira forma de controle relacionada indiretamente ao medicamento é o reconhecimento de sua validade, do TDAH e da condição inferiorizada da criança diagnosticada para que se lute contra os preconceitos pregados pela sociedade contra essas realidades. Dois exemplos foram observados em entrevistas: 1) uma mãe acredita que fazer com que os “normais” tomem conhecimento do que é o TDAH e do sofrimento da criança diagnosticada e de sua família seja uma luta contra os preconceitos; 2) outra, porém também nesse sentido, afirma que o preconceito de crianças, adultos e professores contra as crianças com TDAH resulta de má informação sobre o transtorno e a necessidade de tratá-lo.

Entendem-se esses exemplos como mecanismos de controle porque se promove a ampliação da ação medicalização, da docilização e do biopoder a partir dos próprios pais que, em uma luta pela aceitação social de seus filhos, divulgam o TDAH e o tratamento psiquiátrico medicamentoso e permitem que mais indivíduos se reconheçam como possíveis portadores, busquem especialistas e conformem-se com os saberes e discursos psiquiátricos sobre suas condições e a de muitos outros indivíduos. Outro exemplo desse tipo de expansão da medicalização é notado por Conrad (2007) e refere-se à formação de grupos de apoio voltados ao

TDAH (como a CHADD e a ABDA) e à formulação legal de leis que garantam direitos diferenciados para os portadores de TDAH e consumidores de seus medicamentos (como a lei que impede a reprovação escolar de alunos diagnosticados).

Em qualquer uma dessas formas e em seu conjunto, o medicamento e o diagnóstico de TDAH são devidamente justificados e aceitos como os responsáveis pelo controle dos comportamentos infantis inoportunos (sintomas), pela socialização considerada adequada da criança e pelo aprimoramento de desempenhos que a criança necessita para ser um adulto “ideal” e que tranquiliza pais e professores. O diagnóstico de TDAH e o tratamento medicamentoso também aliviam a culpa de pais, já que o problema de seus filhos não é mais considerado disciplinar, mas sim biológico, e de professores que, perturbados por crianças “hiperativas”, que não param sentadas, não acompanham as aulas, podem então educar, cumprir cronogramas, supervisionar salas lotadas e ainda eximir-se de culpa quando um aluno “hiperativo” não atinge boas notas. Então, o TDAH e, principalmente, o medicamento tornam-se uma referência. Uma mãe entrevistada explica:

Uma coisa que a gente vê e estuda sobre a hiperatividade é, tipo assim, não esconda da criança o que ela tem. Então senta, explica “olha, é assim, assim, assim, você tem isso, isso, isso”, ou como a médica mesmo fez há muito tempo pra ele. Só que hoje, não sei, você vai ver no desenvolvimento, no jeito das crianças hoje, eles usam esse próprio “sou hiperativo”, como [...] uma desculpa, “ah, eu sou hiperativo”. Não! Você tá medicado, tá controlado, você não tem desculpa (Mãe 1).

Essa citação remete à outra, do capítulo anterior, da criança que diz ser difícil ficar quieto porque é hiperativo. Em resposta, a mãe afirma que a explicação médica sobre o TDAH pode ser usada – e muitas vezes é – pela criança para justificar-se ou mesmo esquivar-se de responsabilidades ou atividades. E conclui que tal uso é injustificado, já que o tratamento medicamentoso controla os sintomas, controlando, conseqüentemente, a criança. O medicamento torna-se um referencial, pois sua ausência justifica a presença dos sintomas do transtorno e permite que a criança aja como portadora. Ou seja, se ela não estiver medicada, é justificável sua atitude agitada, desatenta e impulsiva; mas medicada, essa justificativa é inabilitada: a criança está controlada. Conjuntamente, o TDAH, porque é devido ao seu diagnóstico que o

medicamento psicoestimulante é prescrito, e o medicamento transformam-se na promessa da felicidade à custa do controle da criança e de tudo e todos que a ela se relacionam.

Pode-se, então, promover a adequação comportamental, controlar a ameaça, evitar o perigo de a criança machucar-se, assumir o papel do pai, do professor e dos amigos, já que o problema não se encontra mais na sociedade, mas sim na constituição biológica do indivíduo. Em consequência, o medicamento transforma-se em mercadoria: é possível comprar obediência, paciência e calma com um pouco de dinheiro e uma receita amarela. Em sua materialidade, o medicamento assume o significado da normalidade e da felicidade conquistadas rápida e eficazmente (LEFÈVRE, 1991). Esse ideal é perseguido mesmo pelas crianças diagnosticadas: infelizes com status de diferente, louca, doente, veem no medicamento a possibilidade de mudança e de ser mais parecidas com as outras e com o que os adultos desejam. Mas ele também pune ao reforçar a existência do patológico, do erro, equívoco, da transgressão das regras que, por isso, deve ser punido e corrigido.

Assim como a atuação do psiquiatra, se os resultados do medicamento forem eficazes e rápidos, o metilfenidato é reverenciado como responsável pela melhora da criança, apagando qualquer apreensão inicial ou estigmas e mudanças nas imagens das crianças diagnosticadas que ele pode causar (“Do baque agora virou só alegria”). Ele é, portanto, autorizado, seja por profissionais especializados, seja por leigos, a controlar quimicamente sintomas, prejuízos e sofrimentos individuais da criança com TDAH, como também a controlar socialmente corpos, grupos de indivíduos e populações em forma de biopoder.

Entretanto, a medicalização, a docilização e o biopoder são exercidos não só pelo controle químico das crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH, pela transformação de questões sociais e cotidianas em problemas médicos e pelo silenciamento de manifestações individuais, mas também pelo controle de discursos (ou melhor, pela desqualificação de saberes e discursos concorrentes, como os populares e leigos), pela reconstrução de imagens e pelo estabelecimento de novos modos de viver, nos quais os medicamentos psicotrópicos (como o metilfenidato) promovem conforto psicológico e bem estar. Enfim, pela introjeção da vida medicamente instituída. A patologia é inserida na vida cotidiana como “coisas normais” (EHRENBERG, 1991), assim como os medicamentos psicoestimulantes o são como mercadorias (LEFÈVRE, 1991) usadas por profissionais e reivindicadas por leigos porque agem rápida e eficazmente na

promoção do bem estar, do silenciamento de sintomas e, conseqüentemente, do aumento do desempenho do indivíduo.

Para os pais, essas respostas são fantásticas e amenizam o medo inicial de administrar medicamentos controlados a seus filhos. Para os psiquiatras, os resultados confirmam a validade de seus saberes e a possibilidade de ajudar quem sofre e demanda auxílio. Tanto o uso do medicamento quanto os saberes e discursos médicos estão, portanto, legitimados. Mas ele vai além: torna-se uma necessidade ao bem estar, para por fim ao sofrimento, e não precisa mais ser administrado dentro dos hospitais (DELEUZE, 1992), podendo ser tomado na escola, em casa, na rua, desde que sob a prescrição médica e nos horários corretos. Com isso, permite que os outros reconheçam transgressão, diferença, “anormalidade” e loucura no indivíduo que o utiliza; que os sintomas desagradáveis do TDAH incitem o uso de medicamentos, que estes incitem o estigma e, que o estigma incite a procura pelo psiquiatra.

Logo, o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso oferecem a possibilidade de serem analisados mais profunda e criticamente, inclusive em termos de biopoder, e de ir além de suas aparências naturais, questionando-se quais são seus outros significados.

5.3 – Outro olhar sobre o significado do TDAH

A discussão proposta permite interpretar o TDAH e o uso de medicamentos psicoestimulantes como mecanismos de poder, ou melhor, de biopoder. Por meio deles, crianças que apresentam comportamentos hiperativos, impulsivos e desatentos, entendidas como corpos indóceis, arredios, que escapam às normas sociais e às punições, são reclassificadas sob o rótulo da patologia e de seu estigma e inseridas em novos mecanismos punitivos e corretivos disfarçados de busca de bem estar, já que se vinculam às ideias de saúde, doença, transtorno mental e loucura. Portanto, o que realmente está em jogo no TDAH é a manifestação discreta, porém nada sutil, em vista de seus efeitos controladores e disciplinadores, de um biopoder que submete as crianças e todos os outros indivíduos que com elas se relacionam à padronização, ao silenciamento, à disciplina, a um novo poder de vigiar e punir.

Normalização, então, ultrapassa o significado de controlar comportamentos e desvios, vinculando-se também ao ensinamento de novas formas de viver com um problema e aceitá-lo como uma condição revogável apenas pela ação do psiquiatra e do medicamento. É um processo

que silencia o questionamento e afirma o “normal” como positivo a partir da negatividade do “desviante” e da “necessidade” de recuperá-lo.

Aplicando essa explicação ao TDAH, crianças que manifestam comportamentos incômodos, inadequados e prejudiciais e que não aprendem ou se relacionam adequadamente na escola, são reclassificadas como portadoras de um transtorno mental (TDAH). Justificam-se cientificamente seus problemas, classificam seus portadores e suas manifestações como aquilo que não se deve ser, como patologias, e dispõem algumas crianças a mecanismos de correção, recuperação e restabelecimento de regras criados a partir de saberes e discursos de psiquiatras para que elas sejam reinseridas em padrões comportamentais e de desempenho encontrados na sociedade em que vivem.

Portanto, a questão colocada no terceiro capítulo [poderíamos entender a expansão da produção e do uso do medicamento como uma nova forma de controle sobre os indivíduos que se legitima por meio de uma rede de relações (os médicos, responsáveis legítimos pela criação de grupos que englobam indivíduos com os mesmos sintomas, pelo seu diagnóstico, pelo seu tratamento e pelo “convencimento” à adesão aos tratamentos; pelas empresas responsáveis pela produção e divulgação de respostas aos problemas médicos e pessoais dos indivíduos, tendo como pressuposto o seu bem-estar; e os pacientes e seus familiares, colocados em uma “situação de risco” e vulneráveis ao discurso técnico-científico, supostamente fonte única de verdade e respostas aos problemas contemporâneos)?], pode finalmente ser respondida: Sim. O TDAH e o uso do medicamento são mecanismos de medicalização e de docilização, fenômenos sociais, e não apenas reflexos de disfunções cerebrais.

O TDAH é um construto produzido em uma sociedade medicalizada, em que os comportamentos são classificados em normais e patológicos. Essas classificações se justificam e se definem por características da constituição biológica do indivíduo, mas omitem os mecanismos pelos quais se valorizam os indivíduos adequados – obedientes, que respeitam suas instituições, suas regras e suas exigências – e desvalorizam os corpos indóceis - indivíduos e comportamentos “desviantes”, assim como são reformulados pela problematização médica. Assim, o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso constituem-se através de ferramentas e estratégias que permitem detectá-los (diagnóstico), marcá-los (patológico/estigma) e corrigi-los (medicação). E por meio de sua análise, é possível compreender que, em um processo de medicalização, docilização e estigmatização, a criança indócil, que não obedece e que não aprende, torna-se a

criança hiperativa, impulsiva, desatenta e louca, que deve ser tratada e devolvida à sociedade, preparada para ser socializada e instrumentalizada para o futuro.

Contudo, os esforços isolados dos médicos para disponibilizar conhecimentos sobre o TDAH e os da indústria farmacêutica para divulgar os medicamentos de seu tratamento não são suficientes para iniciar o processo de medicalização social, tampouco o aumento dos diagnósticos em crianças. São necessárias mudanças mais amplas e determinadas condições sociais, tais como: a valorização do rendimento e do diploma escolares como garantia de um bom emprego no futuro; a desestruturação da família nuclear, quando os pais saem de casa para trabalhar e delegam as responsabilidades de educação e socialização de seus filhos a outros indivíduos (empregadas, babás e professoras); a ansiedade dos pais em relação ao progresso educativo das crianças; o fortalecimento do sentimento de culpa, especialmente das mães, quando não conseguem administrar trabalho, casa e a educação dos filhos; a possibilidade de classificar comportamentos como normais ou patológicos; e a necessidade de respostas rápidas e eficientes aos problemas. Enfim, trata-se de mudanças sociais, culturais, históricas, políticas e econômicas voltadas à modernização, individualidade, racionalidade, eficiência, competitividade, que são aceitas como naturais, mas que influem diretamente na construção do que se chama de TDAH.

Nesse sentido, vale também questionar se não haveria corpos que escapam ao controle exercido pelo TDAH, seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso e os processos sociais que os acompanham. O contato com os sujeitos envolvidos com o fenômeno permitiu perceber que há reinterpretação por parte dos leigos das explicações dadas pelos médicos, mas não há reflexão sobre o que o TDAH possa realmente significar. Muitos dizem: “eu era assim também quando criança, mas naquela época a gente não sabia muito das coisas”, o que permite inferir que, para os leigos, a problemática poderia estar limitada à antiga falta de conhecimento e de informação sobre o transtorno, atualmente ultrapassada pela grande quantidade de dados disponibilizada a qualquer pessoa.

Outros questionamentos são percebidos, como nos exemplos das crianças que não se reconhecem como doentes ou portadoras de um transtorno mental – sendo que algumas sequer conhecem o motivo de frequentarem o ambulatório ou do significado de “hiperatividade” -, que desejam ser aceitas pelo que são, por seu movimento, como um carro, por sua verdadeira essência de herói, capaz de salvar aqueles que as julgam como “anormais”. No entanto, esses questionamentos são abafados ou desmerecidos haja vista a autoridade psiquiátrica e,

consequentemente, a ideia inculcada nos leigos de sua ignorância, ou pela ação química e simbólica do medicamento. Como a estória do garoto que se transforma em leão ou dos desenhos infantis, que são vistos apenas como recurso diagnóstico, como prova de que suas expressões revelam crianças portadoras de TDAH, e não como manifestações autênticas de indivíduos que buscam seu lugar em uma sociedade que não os aceita como realmente são.

A “loucura” do TDAH e de seu “louco” (a criança portadora e diagnosticada) carrega uma verdade diferente da verdade psiquiátrica, pois é questionadora e reveladora da sociedade em que se vive, de suas normas e padrões impostos a seus membros. Os manuais, os critérios, as classificações, os diagnósticos e os tratamentos silenciam a verdade da criança e toda a sociedade recria sua imagem como um desviante, um perigo, uma ameaça que deve ser contida para o bem dos outros e para o seu próprio. Mesmo assim, é possível haver corpos que escapam a esse silenciamento. Mas escapar não significa somente não ser diagnosticado ou não aderir aos medicamentos; escapar significa não ter sua verdade vencida por estigmas, normas, classificações, saberes e discursos amplamente difundidos como “verdades científicas” únicas e inquestionáveis, que controlam esses indivíduos em suas particularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas críticas têm sido feitas às ideias de TDAH e de transtorno mentais, variando entre o questionamento de sua real existência – que poderia, na verdade, significar o poder da psiquiatria em estigmatizar pessoas -, a necessidade de priorizar outras questões, como a escola e a família, por exemplo, e as discussões sobre a origem dos comportamentos caracterizados como sintomas do TDAH. Com o desenvolvimento desta pesquisa e dissertação, destacou-se uma distinção que antes não era clara: uma coisa é investigar por que algumas crianças manifestam certos comportamentos, qual é sua origem (social, cultural, biológica, psicológica); outra é assumir o pressuposto de que a criança manifesta certos comportamentos e, a partir daí, investigar como esses comportamentos são compreendidos socialmente e quais são suas consequências. Em outras palavras, não se considera se e como as mudanças sociais causam modificações comportamentais individuais (por exemplo: uma sociedade que fornece muitas informações em pouco tempo aos indivíduos geram comportamentos agitados), mas sim como as mudanças sociais permitem a criação de novas formas de entender e dar sentido a comportamentos.

Esta dissertação adotou a segunda vertente e, partindo do questionamento “por que medicar crianças consideradas agitadas, desatentas e hiperativas?”, desenvolveu uma análise sobre como e por que certos comportamentos infantis são redefinidos como sintomas de um transtorno mental (o TDAH) e, conseqüentemente, como comportamentos patológicos. Por que algumas crianças briguentas foram transformadas em impulsivas, bagunceiras em hiperativas, com dificuldades de aprendizagem (muitas vezes chamadas vulgar e preconceituosamente de “burras”) em desatentas, e esquisitas em loucas?

A psiquiatria colabora para a distinção entre indivíduos que apresentam bons desempenhos sociais, intelectuais e morais e os que se desviam desse “bom caminho” ao criar um modelo diagnóstico que fornece ferramentas para identificar, classificar negativamente, explicar e propor correções e soluções aos “desviantes”. O modelo é o TDAH e os desviantes são as crianças que manifestam comportamentos hiperativos, desatentos e impulsivos, redefinidos como sintomas do transtorno mental em questão. Em realidade, elas não só os manifestam como também passam a ser caracterizadas por eles e tudo aquilo que com eles se relaciona: elas *tornam-se* crianças hiperativas, desatentas, impulsivas e loucas.

Por isso, sociedade – entendida como o conjunto de indivíduos e instituições que aceitam sua própria desqualificação em termos de conhecimentos sobre saúde e doença para ceder autoridade à medicina e à psiquiatria para tratá-los – e psiquiatria andam juntas nos processos de medicalização social e da infância e de docilização dos corpos infantis. Ou melhor, sociedade e psiquiatria não podem ser entendidas como “entes” apartados e distantes um do outro, já que a psiquiatria (e suas diferentes vertentes) constrói-se dentro da sociedade, conforme sua configuração. Entretanto, há poucas reflexões mais profundas sobre suas consequências e alternativas, já que o TDAH passa a ser entendido como algo natural, inerente ao indivíduo, ao corpo humano, ou melhor, às suas falhas. Essa certeza deve ser questionada, pois a doença e o transtorno mental não estão simplesmente presentes na natureza, esperando que sejam descobertos por cientistas ou médicos (CONRAD; BARKER, 2010: S68), mas possuem significados criados cultural e socialmente e atribuídos diferentemente a cada experiência individual ou coletiva.

Percebe-se, assim, quão ligado está o TDAH com a sociedade, em especial com as exigências sociais impostas às crianças, indivíduos que ainda não são (vir-a-ser), mas que já devem se preparar para a vida adulta. Seus desempenhos e comportamentos passam pelo crivo da legitimidade científica, que os ressignifica em termos de saúde, doença e transtorno mental e os distingue entre normais e patológicos, oferecendo aos últimos um tratamento adequado para que se possa alcançar o bem estar, a tranquilidade e a normalidade. Em consequência, entende-se que os sintomas do TDAH são comportamentos infantis *ressignificados*. E o início dessa ressignificação encontra-se na sociedade, onde os comportamentos de extrema agitação, desconcentração, de “viver no mundo da lua”, são visíveis em crianças, mas são compreendidos como resultados de falhas na educação de pais, falta de disciplina de professores, em termos populares, falta de uma “boa cintada”. Esses discursos e conhecimentos populares foram, então, assimilados e modificados pelo discurso científico, oriundo das ideias iluministas de racionalidade. Assimilados para que o vocabulário popular fosse mantido ao ser usado pelos médicos, a fim de que os “leigos” compreendessem as explicações e recomendações médicas, mas foram modificados para que abandonassem seus traços tradicionais, não científicos, e adotassem características racionais e científicas.

Nesse processo, a “verdade” psiquiátrica sobre o TDAH e seu tratamento medicamentoso difunde-se por todo o mundo na rapidez com que as informações se espalham pelos meios de

comunicação, criando, assim, o que Ian Hacking (1995) chama de “efeito rebote” (“looping effect”): com a ampliação de uma categoria médica, como o TDAH, mais pessoas se identificam e demandam diagnósticos e tratamentos; aumentam o número de diagnósticos e o consumo de medicamentos; mais informações são divulgadas e mais pessoas se interessam e se identificam com o tema; e a categoria e o uso de medicamentos se expandem ainda mais (ORTEGA et al., 2010: 9). O fim parece ser quando todas as pessoas estiverem diagnosticadas e tratadas!

Na introdução desta dissertação, apontaram-se como hipóteses a ocorrência de uma medicalização dos comportamentos infantis incômodos e inadequados – desviantes do que socialmente se define como “bons comportamentos” -, transformados em patologias, e a possibilidade de o TDAH e o uso de medicamentos psicoestimulantes resultarem em mecanismos de controle desses comportamentos e, conseqüentemente, da infância. Constatou-se que as hipóteses realmente se verificam por meio da análise de literaturas diversas e dos resultados de pesquisa de campo e que, dessa forma, o TDAH e seu tratamento são mecanismos de classificação e controle de vidas, vidas de crianças e de adultos – pais, familiares, profissionais diversos e os futuros adultos que as crianças serão. Eles permitem que o biopoder se difunda pela sociedade sem ser percebido, já que é omitido por um movimento de ressignificação de certos comportamentos infantis como problemas de saúde mental e pública.

Em outras palavras, o TDAH e o medicamento psicoestimulante são novos mecanismos de poder capazes de reclassificar os “resíduos”, corrigi-los (tratá-los) e reinseri-los (docilizados) na sociedade recriados por um poder disciplinar específico, o poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006b). Vale destacar que esses processos atingem todos os envolvidos com o TDAH, embora em graus diferentes. Mesmo os psiquiatras são reféns de um poder disciplinar que os vigia e controla e que promove a reprodução de uma sociedade baseada em desempenhos, competências e padrões. É nesse sentido que o uso dos termos “controle”, “poderes” e “saberes”, adotados nesta dissertação, remetem a um misto de saberes e poderes (leigos e especializados, inclusive os psiquiátricos e médicos) que, sendo todos originados social, cultural e historicamente, controlam a infância por meio da construção de desvios e modelos corretivos e da reconstrução da imagem e condição da criança com TDAH, baseados em padrões comportamentais e de desempenho, regras e expectativas sociais, preocupações e demandas por bem estar e uma vida mais “normal”.

Essa reflexão crítica sobre o significado do TDAH e de seu tratamento medicamentoso também leva em consideração o sofrimento das crianças que os recebem, pois ele é real. Elas não

correspondem àquilo que se define socialmente como uma “boa criança” e àquilo que se espera delas e, por isso, sofrem por serem estigmatizadas. Entretanto, apesar da imposição social de uma imagem e um sentimento inferiorizado a essas crianças, a reflexão proposta nesta dissertação considera-as capazes de assimilar e compreender seu mundo de maneiras particulares e de reproduzir o que lhe é imposto pelos outros, especialmente os adultos. E considera, acima de tudo, que a criança (com TDAH) é capaz de questionar.

Por fim, são feitas algumas considerações sobre o estudo do TDAH e de seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso. Esses ainda são temas relativamente novos dentro da sociologia, podendo ser explorados sob muitos outros pontos de vista que o estudo sociológico do TDAH pode assumir. O TDAH em adultos é um ponto. Conrad (2007) introduziu-o em referência à expansão do diagnóstico e à medicalização social, mas a discussão ainda pode ser bem explorada, uma vez que o diagnóstico da criança induz em seus pais, em muitos casos, o reconhecimento de sua infância pela expressão “eu também era assim”. Outra questão que o autor cita e que vem ganhando evidência é a questão jurídica de garantia de direitos e benefícios aos indivíduos diagnosticados. Já há notícias de crianças e jovens diagnosticados que foram reprovados em suas escolas e seus pais, amparados pela lei, moveram ações contra as instituições. Em consonância a esse tema, pode-se investigar se e como se dá a relação entre essa busca por direitos e as políticas públicas em torno do TDAH.

Um terceiro ponto que pode ser explorado é a indústria farmacêutica e suas relações com a medicalização, tanto no sentido de expansão do diagnóstico quanto no de uso expansivo de medicamentos. Ela também pode ser explorada do ponto de vista econômico, como fonte de lucros.

O TDAH também permite um estudo comparativo que aborde as diferenças entre sociedades, regiões e localidades em termos de diagnóstico, tratamento e conhecimento sobre o transtorno, a fim de se verificar mais claramente a expressão do social e cultural em algo considerado e defendido por muitos pesquisadores como uma entidade meramente biológica. Essa proposta está sendo analisada como seguimento desta dissertação, em nível de doutorado.

Esse conjunto de questões pode colaborar para a solução de uma dúvida que se apresenta tanto a pesquisadores quanto a pessoas diretamente envolvidas com o TDAH: se o transtorno não é natural e carrega consigo questões sociais importantes, como lidar com essas crianças que, querendo ou não, recebem exigências e expectativas que, muitas vezes, guiam suas esperanças e

o almejo por um futuro melhor? A partir da confirmação da hipótese de que o TDAH e o uso de psicoestimulantes são mecanismos de biopoder, traçada por esta dissertação, compreende-se que as mudanças não serão suficientes se concretizadas apenas por pequenos e restritos grupos, como alguns poucos pais ou crianças que exigem dos demais indivíduos o respeito pela diferença ou por psiquiatras que modifiquem sua prática, porque eles ainda receberão demandas sociais por bons comportamentos e desempenhos e demandas de pacientes em busca da cura, do bem estar e da normalidade. As mudanças são mais profundas: no ensino da prática psiquiátrica, no papel atual das ciências nas sociedades, na tolerância com as particularidades de cada indivíduo, nas exigências acerca de desempenhos (o que leva os indivíduos a buscar a “perfeição”, mesmo que isso os leve à individualidade e ao desrespeito), entre tantos outros pontos que podem ser aprofundados em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

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

ANTUNES, Deborah C.; ZUIN, Antonio A. S. “Do *bullying* ao preconceito: os desafios da barbárie à educação”. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 33-42, jan./abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2011.

ANVISA. **Venda de metilfenidato**. [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <tati.barbarini@gmail.com> em 06 jul. 2010.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artmed, [2000] 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Carta de Princípios**. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/carta01.php>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

AZIZE, Rogério L. **A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Antropologia, Florianópolis.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECKER, Howard S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____. **Prime éducation et morale de classe**. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1984.

BORSA, Juliane C. “O papel da escola no processo de socialização infantil”. **Psicologia: o portal dos psicólogos**, Porto, 18 jul. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0351.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

BOURDIEU, Pierre. (Coord.). **A miséria do mundo**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRADLEY, Charles. “The behavior of children receiving benzedrine” (1937). **American Journal of Psychiatry**, Arlington, p. 577-585, 1994. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/94/3/577>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

BRZOWSKI, Fabíola S.; CAPONI, Sandra. “Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1165-1187, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2011.

CALIMAN, Luciana. **A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento**. 2006. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CALLIGARIS, Contardo. “Vestida de feliz, a criança é a caricatura da felicidade impossível”. **Contardo Calligaris**, 24 jul. 1994. Disponível em: <http://contardocalligaris.blogspot.com/1994_07_01_archive.html>. Acesso em: 21 dez. 2010.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CHOMBART DE LAUWE, Marie-José. **Um outro mundo: a infância**. São Paulo: Perspectiva/Universidade de São Paulo, 1991.

CONRAD, Peter. **Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior**. Burlington: Ashgate, 2006.

_____. “Medicalization and social control”. **Annual Review of Sociology**, Waltham, v. 18, p. 209-232, Aug. 1992. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.001233?journalCode=soc>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. “The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior”. **Social Problems**, Los Angeles, v. 23, n. 1, p. 12-21, Oct. 1975. Disponível em: <<http://www.jstor.org/pss/799624>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

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

CONRAD, Peter; BARKER, Kristin K. “The social construction of illness: key insights and policy implications”. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 51, supl. 1, p. S67 – S79, Nov. 2010. Disponível em: <http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S67.full.pdf+html>. Acesso em: 09 jun. 2011.

CORSARO, William A. “Entrada no campo, aceitação, e natureza da participação nos estudos etnográficos com crianças pequenas”. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 391-403, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a08v2691.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. **The sociology of childhood**. Newburry Park: Pine Forge Press, 1997.

COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DELEUZE, Gilles. “*Post-scriptum* sobre as sociedades de controle”. In: **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 219-226.

DELGADO, Ana Cristina C.; MÜLLER, Fernanda. “Em busca de metodologias investigativas com as crianças e suas culturas”. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 125, p. 161-179, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n125/a0935125.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

DOLTO, Françoise. “Prefácio”. In MANNONI, Maud. **A primeira entrevista em psicanálise**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DR. THOMAS Szasz on Psychiatry. **Youtube**, [s.l.], 01/08/2006. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Qj7GmeSAxXo>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

DURKHEIM, Émile. **Éducation et sociologie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1968.

EBERSTADT, Mary. “Why Ritalin Rules”. **Policy Review**, Stanford, n. 94, Apr./May 1999. Disponível em: <<http://www.hoover.org/publications/policyreview/3552192.html>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

EHRENBERG, Alain. **Le culte de la performance**. Paris: Calmann-Lévy, 1991.

EHRENREICH, Barbara; HOCHSCHILD, Arlie R. **Global woman: nannies, maids, and sex workers in the new economy**. New York: Metropolitan Books, 2003.

ELIAS, Norbert. “Parte II: Sinopse – Sugestões para uma teoria de processos civilizadores”. In: **O processo civilizador: formação do Estado e civilização**. Vol. II. Rio de Janeiro: Zahar, 1993, p. 191-274.

FACCHINETTI, Cristiana. “Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental”. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/14.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

FARIA, Ana Lucia G.; DEMARTINI, Zelia B. F.; PRADO, Patrícia D. (orgs.). **Por uma cultura da infância: metodologias de pesquisa com crianças**. Campinas: Autores Associados, 2002.

FIGUEIREDO, Simone P. de. **Medicalização da obesidade: a epidemia em notícia**. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geografia, Campinas.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da loucura: na Idade Clássica**. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2008a.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. **Microfísica do poder**. 22ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006a.

_____. **O nascimento da clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. **Vigiar e punir: História da violência nas prisões**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FREITAS, Marcos Cezar de (Org.) **História social da infância no Brasil**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GERSHON, J.; GERSHON, Jonathan. “A meta-analytic review of gender differences in ADHD”. **Journal of Attention Disorders**, Thousand Oaks, v. 5, n. 3, p. 143-154, Jan. 2002. Disponível em: <<http://jad.sagepub.com/content/5/3/143>>. Acesso em: 03 mar. 2011.

GILMAN, Sander L. **Difference and pathology: stereotypes of sexuality, race, and madness**. Ithaca/London: Cornell University Press, 1985.

GOFFMAN, Erving. **A representação do Eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1975.

_____. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. “Movimento Higienista e o Processo Civilizador: apontamentos metodológicos”. In: X SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR, 2007, Campinas – SP. **Anais**. Londrina: Grupo de Estudo Processos Civilizados, Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais10/Artigos_PDF/Edivaldo_Gois_Jr.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

GUARIDO, Renata. “A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação”. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2011.

HACKING, Ian. “The looping effect of human kinds”. In: SPERBER, Dan et al. (Eds.). **Causal cognition: an interdisciplinary approach**. Oxford: Oxford University Press, 1995, p. 351-383.

HART, Nick ; GRAND, Noah ; RILEY, Kevin. “Making the grade: the gender gap, ADHD, and the medicalization of boyhood”. In: ROSENFELD, Dana; FAIRCLOTH, Christopher A. **Medicalized masculinities**. Philadelphia: Temple University Press, 2006, p. 132-164.

HERZLICH, Claudine. **Santé et maladie : analyse d’une représentation sociale**. Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

ITABORAHY, Cláudia. **A Ritalina no Brasil: Uma década de produção, divulgação e consumo**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

LAPLANTINE, François. **Aprender etnopsiquiatria**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LASCH, Christopher. **Refúgio num mundo sem coração: A família: santuário ou instituição sitiada?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LÉVI-STRAUSS, Claude. “Introdução: história e etnologia”. **Antropologia estrutural**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996, p. 13-41.

LIMA, Rossano C. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LOBO, Priscila A. de S.; PEREIRA, Vânia A.; LIMA, Luiz Alberto M.. “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que este nome realmente significa”. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 253-259, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_3art06.pdf>. Acesso em: 06 out. 2010.

LUFT, Celso P. “Bulir”. In: LUFT, Celso P. **Dicionário prático de regência verbal**. 9ª ed. São Paulo: Ática, 2010.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. (1882). **O alienista**. Porto Alegre: L&PM, 2008.

MANNONI, Maud. **A criança, sua “doença” e os outros**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

MATTOS, Paulo. “Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prática clínica”. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, supl.1, p. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2011.

MÈREDIEU, Florence. **O desenho infantil**. 11ª ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

MIGUELOTE, Vera R. S.; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R. de. “Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem”. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 190-196, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/21.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MOLLO-BOUVIER, Suzanne. “Transformação dos modos de socialização das crianças: uma abordagem sociológica”. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 391-403, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a05v2691.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

MONTEIRO LOBATO, José Bento Renato. **Mr. Slange e o Brasil e Problema Vital**. São Paulo: Brasiliense, 1950.

MOYSÉS, Maria Aparecida A. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. Campinas: Mercado das Letras; São Paulo: FAPESP, 2001.

MURICY, Katia. **A razão crítica: Machado de Assis e as questões de seu tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

NAKAMURA, Eunice. **Depressão na infância: uma abordagem antropológica**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo.

ODA, Ana Maria G. R.; DALGALARRONDO, Paulo. “História das primeiras instituições para alienados no Brasil”. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

OLWIG, Karen F.; GULLOV, Eva (orgs.). **Children’s place: cross-cultural perspectives**. London: Routledge, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: Statistics for 2007: Assessments of annual medical and scientific requirements**. New York, 2009. Disponível em: <<http://www.incb.org>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relativos à saúde**. 10ª Revisão, v. I, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2011.

ORTEGA, Francisco et al. “A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas”. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 1-12, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010ahead/aop1510.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

POETA, Lisiane S., ROSA NETO, Francisco. “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**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 150-155, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300004>. Acesso em: 13 mai. 2011.

POLANCZYK, Guilherme et al. “The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis”. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 164, n. 6, p. 942-948,

jun. 2007. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/164/6/942>>. Acesso em: 19 jan. 2011.

POSTMAN, Neil. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

QUEIROZ, Norma L. N.; MACIEL, Diva A.; BRANCO, Angela U. “Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista”. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, p. 169-179, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n34/v16n34a05.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

RAFALOVICH, Adam. **Framing ADHD children: a critical examination of the history, discourse, and everyday experience of Attention Deficit/Hyperactive Disorder**. Latham: Rowman and Littlefield-Lexington Books, 2004.

REIS, José Roberto F. “De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental”. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 135-157, mar./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702000000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2011.

RITALINA®: Cloridrato de metilfenidato: comprimidos. Responsável técnico Farm. Marco A. J. Siqueira. Taboão da Serra: Novartis Biociências S/A, [200-]. Bula de remédio. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B26162-1-0%5D.PDF>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

RIVORÊDO, Carlos Roberto S. F. **Cuidar e tratar de crianças: uma breve história de uma prática**. São Paulo: Cabral, 1995.

_____. “Pediatria: medicina para crianças?”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 33-45, ago./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. **Por uma história de uma dor: Mentalidades médicas, neonatologistas e a dor em recém-nascidos**. 1996. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

_____. “Um modelo de organização, análise e interpretação de dados qualitativos”. In: BARROS, N. F. de; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: UNICAMP/FCM, 2005, p. 207-215.

ROHDE, Luís Augusto et al. “Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas”. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n3/a02v31n3.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, Juliana A. “Gênero na teoria social: papéis, interações e instituições”. **Virtú (UFJF)**, Juiz de Fora, v. 4, p. 1-15, 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo4a5.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2011.

SARAIVA, Marina R. O. **A fábula da metrópole: a cidade do ponto de vista de crianças moradoras de condomínios fechados de luxo**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas.

SCHNEIDER, Dorith. “‘Alunos excepcionais’: um estudo de caso de desvio”. In: VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

SCHWARTZMAN, José Salomão. **Transtorno de déficit de atenção**. São Paulo: Memnon/Mackenzie, 2001.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

SILVA, Maria Aparecida de M.; MELO, Beatriz M.; APPOLINÁRIO, Andréia P. “A família tal como ela é nos desenhos de crianças”. **Ruris**, Campinas, v. 1, n.1, p. 105-156, mar. 2007.

SOUZA, Warley C. **Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: um caso clínico ou invenção pedagógica?** 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo.

STANCIK, Marco Antonio. “Os Jecas do literato e do cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na Primeira República”. **Publicatio UEPG Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 45-62, jun. 2005.

Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/viewFile/535/536>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

SZASZ, Thomas S. **O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal**. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TDAH: Prof. Paulo Mattos - pela Globo News (parte 1). **Youtube**, [s.l.], 27/11/2009a. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=cD9IK4xwRyI>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

TDAH: Prof. Paulo Mattos – pela Globo News (parte 2). **Youtube**, [s.l.], 27/11/2009b. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=5TD-MvINid0>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

TDAH: Prof. Paulo Mattos – pela Globo News (parte 3). **Youtube**, [s.l.], 27/11/2009c. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Oi9AwaUBCKI>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

TURATO, Egberto R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comprada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VIEIRA, Timoteo M.; MENDES, Francisco D. C.; GUIMARÃES, Leonardo C. “De Columbine à Virginia Tech: Reflexões com base empírica sobre um fenômeno em expansão”. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 493-501, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a21.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

WELZER-LANG, Daniel. “A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

ZAMPARONI, Valdemir D. “Gênero e trabalho doméstico numa sociedade colonial: Lourenço Marques, Moçambique, c. 1900-1940”. **Afro-Ásia**, Salvador, v. 23, 1999, p. 145-172.

ENDEREÇOS ELESTRÔNICOS VISITADOS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

Atenção Professor – Programa de Atualização em TDAH para Professores. Disponível em: <<http://www.atencaoprofessor.com.br/>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). “Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)”. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>>. Acesso em: 08 abr. 2011.

Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Disponível em: <<http://www.chadd.org/>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

Citizens Commission on Human Rights (CCHR). Disponível em: <<http://www.cchr.org/#/home>>. Acesso em: 08 abr. 2011.

Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM). Disponível em: <<http://www.idum.org.br/index.php>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

NOVARTIS BRASIL. Disponível em: <<http://www.novartis.com.br/>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

U.S. Food and Drug Administration (FDA). Disponível em: <<http://www.fda.gov/>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiros de campo

Profissionais de saúde

- 1 – Apresentação da pesquisadora
- 2 – Apresentação da pesquisa
- 3 – Apresentação do TCLE: Leitura, esclarecimento e assinatura
- 4 – Coleta de depoimentos:

Pontos relevantes: Pedir aos profissionais que falem sobre o TDAH: como é feito o diagnóstico, como se chega ao melhor tratamento. Falar sobre a medicação e sobre conceitos referentes ao transtorno. Compreender os pontos de vista em relação à criança.

5 – Perguntas de apoio:

1. Gostaria que o(a) senhor(a) falasse sobre o TDAH, o que é, como é diagnosticado e como é tratado.
2. Pensando no tratamento medicamentoso, pergunto “por que medicar?” e “quando medicar?”. Gostaria que o(a) senhor(a) falasse um pouco sobre essas questões.
3. Gostaria de entender por que o TDAH está tão evidenciado atualmente, sem que, anos atrás, não se ouvia muito sobre ele. O que o(a) senhor(a) acha?
4. O DMS-IV traz uma parte sobre questões culturais e étnicas relevantes para o diagnóstico. O(a) senhor(a) poderia opinar sobre como os aspectos culturais influenciam tanto as técnicas de diagnóstico quanto os sintomas do transtorno?
5. Pela experiência que o(a) senhor(a) tem com crianças, qual é a sua percepção acerca do que os adultos, e a sociedade como um todo, esperam e exigem das crianças? Em outras palavras, qual é o lugar da criança na sociedade atualmente?
6. Lendo a literatura psiquiátrica (como o DSM IV), percebi que há diferenças entre transtorno e doença. Quais são as diferenças? Ou seja, como se definem transtorno, doença e saúde? (É normal e patológico?).

Pais

- 1 – Apresentação da pesquisadora
- 2 – Apresentação da pesquisa
- 3 – Apresentação do TCLE: Leitura, esclarecimento e assinatura.
- 4 – Coleta de depoimentos:

Execução: pedir ao entrevistado que relate eventos e informações sobre a criança e o TDAH que considera, de alguma forma, importantes. Caso o relato acabe sem a coleta de informações relevantes à pesquisa, colocarei algumas perguntas para retomar a conversa (ver perguntas de apoio).

Pontos relevantes: Compreender como entendem o TDAH e o tratamento medicamentoso; a assimilação do discurso médico; como a família encara a questão: seria um problema ou algo corriqueiro?; a reação dos demais indivíduos.

5 – Perguntas de apoio:

1. O(a) senhor(a) poderia falar sobre (nome da criança) e por que vocês vêm ao Ambulatório?
2. Como você explicaria o que é o TDAH para uma pessoa que não o conhece?
3. Fale um pouco sobre a experiência de vocês aqui no Ambulatório: quem indicou, como é a relação com os médicos, se vocês vêm sempre, como se sentem em relação ao tratamento.
4. Fale sobre a relação da criança com as outras pessoas: outras crianças, os professores, a família etc.
5. Ele/Ela é visto como diferente? Conte mais sobre isso. (Se surgir o assunto: o que é ser normal? O que é estar doente?).
6. E o(a) senhor(a), como se sente em relação a toda a situação, ao TDAH, ao seu filho, às outras pessoas? Houve alguma mudança em sua vida depois do diagnóstico e do início do tratamento?
7. O que o(a) senhor(a) acha que as pessoas esperam e exigem das crianças hoje em dia?

Crianças

1 – Apresentação: A apresentação da pesquisadora e da pesquisa à criança e aos pais ocorrerá simultaneamente.

2 – Coleta de depoimentos:

Execução: Conversar, de forma descontraída, com a criança. Começar com os desenhos: explicar o que deve ser feito e, depois, pedir explicações sobre os desenhos. Quando as crianças forem maiores e se expressarem bem oralmente, a entrevista será empregada, caracterizando-a mais como uma conversa do que como uma série de perguntas. Iniciá-la pedindo que contem fatos e histórias tristes ou engraçadas que aconteceram na escola, em casa ou em outros lugares que frequentam; o que acham da escola, da professora e dos colegas; do que mais e menos

gostam na escola e em casa; o que os mais deixam felizes e mais chateados; qual o amigo de que mais gosta e o de que menos gosta (de onde é e por quê). Neste caso, o desenho será um complemento na coleta de informações.

Pontos relevantes: deixar a criança expressar os seus pontos de vista acerca do TDAH, do uso de medicamentos, dos médicos e dos demais indivíduos com quem se relaciona, principalmente na escola. Compreender o estigma pela visão de que o sofre.

3 – Perguntas de apoio:

Desenhos (não serão usadas todas as perguntas em uma só entrevista, porque a tornará cansativa):

1. Você poderia desenhar o lugar aonde você vai aqui em Campinas? Que lugar é esse? Por que você vai a esse lugar? (Você está doente?).
2. Agora vamos dividir a folha ao meio. Deste lado, eu gostaria que você desenhasse como você era ou se sentia antes de começar a tomar remédios. Deste outro, você desenha o depois, como você é ou se sente agora. Quando alguém fala em remédios, o que você pensa ou sente?
3. Quando alguém fala em remédios, o que você pensa ou sente?
4. Vamos dividir a folha de novo. De um lado, você desenha as coisas ou as pessoas de que você não gosta. Do outro, as coisas ou as pessoas de que você gosta.
5. Dividir a folha: de um lado, você desenha você com os adultos. Do outro, você com as crianças.
6. Desenhe a sua família. Você pode substituir as pessoas por outras coisas ou animais.
7. Desenhe você na escola e, de um lado, as coisas ruins e, do outro, as coisas boas.
8. Agora, você pode fazer um desenho livre.

Entrevista:

1. Queria que você me contasse do que você gosta e do que você não gosta, ou que você contasse alguma história que aconteceu com você.
2. Me fala sobre seus amigos.
3. Se alguém te pedisse para contar como você é, o que vocêalaria?
4. As pessoas te perguntam se você tem alguma doença? E sobre o TDAH, o que você me conta? Como você explica para as pessoas o que é isso?
5. As pessoas te tratam de um jeito diferente? Você pode contar uma história, se você quiser.
6. Os adultos falam bastante coisa para as crianças, não falam? O que eles falam para você? (Para saber o que esperam das crianças).
7. Para você, como é uma criança feliz? E um adulto feliz?
8. Me conta sobre a sua escola e a sua família.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Esta é uma pesquisa chamada “O controle da infância: poderes e saberes que legitimam sua medicação” e tem o objetivo de entender o significado do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) para as crianças e seus familiares e como o transtorno muda suas vidas. A pesquisa será feita pela pesquisadora Tatiana de Andrade Barbarini, sob orientação da Profa. Dra. Maria Lygia Quartim de Moraes, do Departamento de Sociologia do IFCH/UNICAMP, e acompanhamento do Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP.

Vou observar as crianças em brincadeiras e fazer algumas perguntas a elas e a seus familiares sobre o que pensam do TDAH e de seu tratamento. **Ninguém é obrigado a participar.** Quem decidir participar, *não* vai ter seu nome divulgado (anonimato) e pode desistir a qualquer momento. Quem não quiser participar, não vai ter **nenhum problema**. Não existe nenhum experimento ou risco para os entrevistados, porque apenas usarei algumas de suas informações para realizar minha pesquisa.

Os resultados da pesquisa vão ser colocados em livros e/ou artigos e usados em congressos e seminários. E se os médicos do HC precisarem, também poderão usar os resultados em reuniões médicas.

As entrevistas vão ser feitas pela pesquisadora no ambulatório. Sempre que existir alguma dúvida sobre a pesquisa, a pesquisadora vai estar à disposição para conversar, explicar e tirar dúvidas.

Declaro que atendi bem o que a pesquisadora explicou e que quero participar da pesquisa.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Voluntário:

Responsável:

Pesquisadora:

Pesquisadora

Tatiana de Andrade Barbarini.

Departamento de Sociologia – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH)/UNICAMP.

Celular: (19) 8139-6828

E-mail: tati.barbarini@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126. Caixa Postal 6111 13083-887. Campinas – SP

Fone: (19) 3521-8936

Fax: (19) 3521-7187.

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXOS

ANEXO A - Critérios diagnósticos segundo o DSM-IV-R e a CID-10

Criterios 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 a 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).

Codificar com base no tipo:

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

Fonte: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artmed, [2000] 2002: 82-83.

Critérios diagnósticos da CID-10 para transtornos hipercinéticos

Nota: O diagnóstico de pesquisa de transtorno hipercinético requer a presença de níveis anormais de desatenção, hiperatividade e inquietação que são difusos entre situações e persistentes com o passar do tempo e que não são causados por outros transtornos como autismo ou transtornos afetivos.

G1. *Desatenção.* Pelo menos seis dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente falha em prestar atenção a detalhes, ou comete erros por descuido na lição, no trabalho ou em outras atividades
- (2) frequentemente falha em manter atenção em tarefas ou atividades recreativas

- (3) frequentemente parece não escutar o que está sendo dito a ele(a)
- (4) frequentemente falha em seguir instruções ou terminar lição, trabalho doméstico ou obrigações no local de trabalho (não devido a comportamento de oposição ou falha em entender instruções)
- (5) é frequentemente prejudicado em organizar tarefas e atividades
- (6) frequentemente evita ou detesta tarefas como lição de casa, que requerem esforço mental contínuo
- (7) frequentemente perde coisas necessárias para certas tarefas ou atividades, tais como lições escolares, lápis, livros, brinquedos ou ferramentas
- (8) é frequentemente distraído por estímulos externos
- (9) é frequentemente esquecido no decorrer de atividades diárias

G2. *Hiperatividade*. Pelo menos seis dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente remexe as mãos ou pés ou se contorce na cadeira
- (2) levanta-se na sala de aula ou em outras situações nas quais permanecer sentado é o esperado
- (3) frequentemente corre em volta ou escala excessivamente em situações nas quais é inadequado (em adolescentes ou adultos, apenas sensações de inquietação podem estar presentes)
- (4) é frequentemente barulhento de modo indevido ou tem dificuldade para realizar silenciosamente atividades de lazer
- (5) exige um padrão persistente de atividade motora excessiva que não é substancialmente modificada por contexto ou exigências sociais

G3. *Impulsividade*. Pelo menos seis dos seguintes sintomas de impulsividade persistiram por pelo menos 6 meses, a um grau que é mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento da criança:

- (1) frequentemente deixa escapar respostas antes que as perguntas tenham sido completadas
- (2) frequentemente não consegue esperar em filas ou aguardar sua vez em jogos ou situações de grupo
- (3) frequentemente se intromete ou interrompe os outros (por ex., intromete-se nas conversas ou jogos dos outros)
- (4) frequentemente fala em excesso sem resposta adequada a restrições sociais.

G4. O início do transtorno se dá antes dos 7 anos de idade.

G5. *Universalidade*. Os critérios deveriam ser satisfeitos para mais do que uma situação isolada, por ex., a combinação de desatenção e hiperatividade deveria estar presente tanto em casa como na escola, ou tanto na escola como em uma outra situação em que as crianças são observadas, tais como em uma clínica. (A evidência de situação cruzada comumente exigirá informações de mais de uma fonte; relatos parentais sobre comportamento em sala de aula, por ex., provavelmente não serão suficientes).

G6. Os sintomas em G1-G3 causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

G7. O transtorno não satisfaz os critérios para transtornos globais do desenvolvimento, episódio maníaco, episódio depressivo ou transtornos de ansiedade.

Comentários

Muitas autoridades também reconhecem condições que são subliminares para transtorno hipercinético. Crianças que satisfazem critérios de outras maneiras mas não apresentam anormalidades de hiperatividade-impulsividade podem ser reconhecidas como apresentando *déficit de atenção*; inversamente, crianças que não satisfazem critérios para problemas de atenção mas satisfazem critérios de outros aspectos podem ser reconhecidos como apresentando *transtorno de atividade*. Da mesma forma, crianças que satisfazem critérios para apenas uma situação (por ex., apenas em casa ou apenas na sala de aula) podem ser consideradas como apresentando um *transtorno específico de casa ou específico da sala de aula*. Estas condições ainda não foram incluídas na classificação principal devido à validação preditiva empírica suficiente e porque muitas crianças com transtornos subliminares apresentam outras síndromes (tais como transtorno desafiador de oposição) e deveriam ser classificadas na categoria apropriada.

Distúrbio de atividade e atenção

Os critérios gerais para transtorno hipercinético devem ser satisfeitos, mas não aqueles para transtornos de conduta.

Transtorno da conduta hipercinética

Os critérios gerais para transtorno hipercinético e transtornos de conduta devem ser satisfeitos.

Outros transtornos hipercinéticos

Transtorno hipercinético, inespecificado

Esta categoria residual não é recomendada e deveria ser usada apenas quando há uma falta de diferenciação entre distúrbios de atividade e atenção e transtorno da conduta hipercinética, mas os critérios globais para transtornos hipercinéticos são satisfeitos.

Fonte: SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANEXO B – Carta de princípios da Associação Brasileira do Déficit de Atenção

Os itens listados abaixo, embora não sejam dispositivos legais, são princípios norteadores defendidos pelos associados da ABDA.

Esta carta foi baseada e adaptada da Carta de Princípios sobre TDAH da National Consumer's League (Liga de Defesa do Consumidor) dos Estados Unidos, da qual são signatárias a Associação Médica Americana, a Academia Americana de Pediatria e a Associação Psiquiátrica Americana.

I - Fundamentos científicos sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH):

- 1) O TDAH é um transtorno médico verdadeiro, reconhecido como tal por associações médicas internacionalmente prestigiadas, que se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade.
- 2) O TDAH é um transtorno sério, uma vez que os portadores apresentam maiores riscos de desenvolver vários transtornos psiquiátricos (tais como depressão e ansiedade), abuso e dependência de drogas e álcool, maior frequência de acidentes, maiores taxas de desemprego e divórcio e menos anos completados de escolaridade.
- 3) O TDAH pode ser diagnosticado e tratado. Existem diretrizes publicadas por instituições científicas de renome internacional sobre o diagnóstico e seu tratamento adequado.
- 4) O TDAH também pode ser diagnosticado em adultos. Mais da metade das crianças com TDAH ingressa na vida adulta com sintomas clinicamente significativos do transtorno.
- 5) O TDAH é muito pouco diagnosticado e tratado na população em geral.

II - A criança, o adolescente e o adulto com TDAH têm responsabilidades e direitos:

- 1) O direito de ser reconhecido como portador de um transtorno médico sério
- 2) O direito a diagnóstico e tratamento por um profissional de saúde que conheça adequadamente o transtorno
- 3) O direito de tomar decisões baseadas nas informações científicas disponíveis acerca dos benefícios, riscos e custos do tratamento de acordo com a individualidade de cada caso.
- 4) O direito de receber, como aluno, um atendimento especial pelos educadores e instituições.
- 5) O direito de receber, como empregado, uma alocação ou realocação específicas, bem como as adaptações profissionais necessárias às suas dificuldades.
- 6) Os portadores de TDAH devem se responsabilizar por seus atos em toda e qualquer circunstância, contribuindo de forma positiva para a comunidade em que vivem.

III - Os familiares de portadores de TDAH têm igualmente responsabilidades e direitos:

- 1) A responsabilidade de se educar, bem como aos outros, sobre a natureza do TDAH seja através de instituições, organizações ou profissionais capacitados.
- 2) A responsabilidade de aderir ao tratamento proposto e procurar ajuda profissional sempre que necessário.
- 3) O direito de solicitar ao profissional de saúde informações científicas sobre os tratamentos disponíveis e seus riscos e benefícios

4) O direito de solicitar atendimento especial pelos educadores e instituições para os alunos portadores do TDAH.

IV - Profissionais de saúde têm responsabilidade:

- 1) De diagnosticar e tratar corretamente crianças e adultos com TDAH, de acordo com diretrizes estabelecidas pela comunidade científica.
- 2) De fornecer ao portador ou seus familiares informações científicas e atualizadas acerca da natureza do TDAH, suas conseqüências e as formas disponíveis de tratamento.
- 3) De oferecer um tratamento sempre individualizado, levando em consideração aspectos específicos do portador, sua família e o contexto sócio-cultural em que vivem.

V - Educadores têm responsabilidades e direitos:

- 1) A responsabilidade de conhecer os sintomas de TDAH, a principal causa de encaminhamento para serviços especializados da infância e adolescência, alertar familiares ou cuidadores e indicar serviços ou profissionais que ofereçam aconselhamento e tratamento.
- 2) A responsabilidade de proporcionar aprendizado levando em consideração as particularidades do aluno portador de TDAH, sem comprometer as necessidades dos demais alunos.
- 3) O direito de ter diálogos abertos e construtivos com familiares, cuidadores e profissionais de saúde sobre as necessidades específicas do aluno portador de TDAH.
- 4) O direito de solicitar apoio da instituição educacional, familiares, cuidadores e equipe de profissionais responsáveis pelo aluno com vistas a estabelecer um planejamento acadêmico adequado.

VI - A mídia tem a responsabilidade:

- 1) De relatar de modo preciso relatórios científicos e fatos médicos relevantes, apresentando aquilo que é consensual na comunidade científica.
- 2) De investigar adequadamente a credibilidade das fontes que alegam expertise no TDAH, bem como revelar possíveis conflitos de interesses comerciais ou profissionais naqueles que fazem declarações públicas ou são entrevistados.

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Carta de Princípios**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/carta01.php>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

ANEXO C – ESTÓRIA CRIADA POR UMA MÃE

Começaram os preparativos para a festa de aniversário do Paulinho, ou melhor, do Paulo, a final ele já vai completar 12 anos. Seus pais começaram a preparar a lista de convidados: Pedro, João, Ana, Caio, Maria, Rodrigo etc.

- Será que devemos convidar o Guilherme, ele não anda, e vai ver as outras crianças brincando, correndo, acho que ele pode ficar triste!

- Que nada, você não se lembra do aniversário do Davi, ele ficou quietinho, as crianças que não davam sossego pra ele, cada hora era um que queria empurrar sua cadeira, apostaram até corrida na garagem, e ele ria muito.

- É mesmo, então vamos convidá-lo. E o Murilo?

- Pelo amor de Deus! Aquele menino é o próprio “demônio em forma de gente”, ele não para quieto um minuto, fala com todo mundo, não dá sossego pra ninguém. Ah não! Ele não.

- Mas me disseram que ele é doente, tem uma tal de hiperatividade, é HTDA, eu acho que é isso. Só sei que ele faz tratamento com psiquiatra lá na UNICAMP e passa pela psicóloga e tudo...

- Se ele é louco, o problema é dele e da família dele. Eu já acho que ele não tem problema nenhum, é falta de umas boas chineladas, deram foi é muita moleza pra ele, não souberam educar, agora aguenta. Eu não quero aquele menino na minha casa, incomodando e atrapalhando a festa do Paulinho...

- Tá bom, eu risco o nome dele da lista e pronto. E o José?

- Ah! Ele sim, tá certo que ele não enxerga, mas as crianças adoram brincar de cobra-cega com ele. O Murilo com certeza atrapalharia a brincadeira.

E assim foram formando a lista de convidados: a Ana não ouve, mas ela sabe a linguagem dos sinais (libras), e já está lendo bem os lábios quando a pessoa fala devagar. É um doce de menina. Já o Murilo, ouve demais: quando se está contando uma história que ele já ouviu, não tem paciência, e já vai contando o final, estragando tudo. O Rodrigo tem uma grande dificuldade para falar, mas com o tratamento maravilhoso da fono, já está balbuciando algumas palavras. Já aquele “moleque” fala demais (mas ninguém quer ouvi-lo), pois ele pergunta demais, quer saber como funciona tudo, quer saber pra que serve cada coisa, é muito curioso. A Alice, que linda! Ela tem Síndrome de Down, mas ela adora dançar todas as músicas que toca na festa. Porém o Murilo anda demais, fala demais, ouve muito bem, consegue ver cada detalhe lindo da decoração da festa e ele também gosta de dançar, isso é, se podemos chamar aquele jeito estabonado, que não presta atenção e pode até machucar alguém de dança.

Mas o Murilo também não poderia ver os enfeites da festa e nem brincar de cobra-cega, pois ele já tinha ouvido falar que seu nome foi riscado da lista de convidados, ele não era bem vindo ali pelo seu jeito, e que as crianças não gostavam de brincar com ele, pois ele nunca fica na mesma brincadeira até o final, logo ele já quer brincar de outra coisa. E por isso, Murilo não andaria até a festa, não veria os enfeites e nem os presentes, não dançaria, pois não ouviria as músicas e nem poderia falar: - Parabéns, Paulinho, só deu pra te comprar meias (mesmo antes do pacote ser aberto).

E com isso, no dia da festa, Murilo andou até seu quarto (seu mundo), sozinho, e começou a falar com seu Super-herói favorito, do game ou do PC, que começou a batalhar com seus inimigos, em um túnel tão escuro, onde quase não se via nada, seu herói só era guiado pelo som que ouvia de uma cachoeira, que tinha no final túnel.

- Mãe, mãeeee... Eu nem acredito! Consegui passar por todas as fases e zerei o jogo. E assim, Murilo pulava de alegria no quarto, como se estivesse dançando.

ANEXO D – Documento de aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 21/09/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 694/2009 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0555.0.146.000-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “CONTROLE DA INFÂNCIA: PODERES E SABERES QUE LEGITIMAM SUA MEDICAÇÃO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Tatiana de Andrade Barbarini.

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/08/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/09/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Desenvolver uma reflexão crítica sobre o tratamento psiquiátrico e medicamentoso em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

III - SUMÁRIO

O projeto tem como objetivo desenvolver uma reflexão crítica sobre o tratamento psiquiátrico e medicamentoso em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil e adolescente do HC da Unicamp. Também farão parte do estudo pais ou responsáveis legais e médicos do ambulatório, mas não fica claro como será esta participação. Os dados serão coletados por meio de entrevistas. Apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de agosto de 2009.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP