

RODRIGO SARAIVA CHEIDA

**“ANÁLISE SOCIOLÓGICA DA ‘BIOLOGIZAÇÃO’ DO TDA/H NA PSIQUIATRIA
BRASILEIRA”**

CAMPINAS

2013



NÚMERO: 286/2013
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

RODRIGO SARAIVA CHEIDA

**ANÁLISE SOCIOLOGICA DA “BIOLOGIZAÇÃO” DO TDA/H NA PSIQUIATRIA
BRASILEIRA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
APRESENTADA AO INSTITUTO DE
GEOCIÊNCIAS DA UNICAMP PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE NA
ÁREA DE POLÍTICA CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA**

ORIENTADOR: PROF. DR. MARKO SYNÉSIO ALVES MONTEIRO

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO RODRIGO SARAIVA CHEIDA
E ORIENTADO PELO PROF. DR. MARKO SYNÉSIO ALVES MONTEIRO**

Campinas - 2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
CÁSSIA RAQUEL DA SILVA – CRB8/5752 – BIBLIOTECA “CONRADO PASCHOALE” DO
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
UNICAMP

C416a Cheida, Rodrigo Saraiva, 1984-
Análise sociológica da “biologização” do TDA/H na
psiquiatria brasileira / Rodrigo Saraiva Cheida. -
Campinas, SP.: [s.n.], 2013.

Orientador: Marko Synesio Alves Monteiro
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Instituto de Geociências.

1. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade.
2. Psiquiatria – Aspectos sociais. 3. Ciência e tecnologia
– Aspectos sociais. I. Monteiro, Marko Synésio Alves,
1975- II. Universidade Estadual de Campinas, Instituto
de Geociências III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em ingles: Sociological analyses of the ADHD “biologization” in Brazilian Psychiatry.

Palavras-chaves em inglês:

Attention deficit-hyperactivity disorder

Psychiatry – Social aspects

Science and technology – Social aspects

Área de concentração: PC&T – Política Científica e Tecnológica

Titulação: Mestre em Política Científica e Tecnológica.

Banca examinadora:

Marko Synésio Alves Monteiro (Orientador)

Maria Conceição da Costa

Maria Gabriela Silva Martins Cunha Marinho

Data da defesa: 27-02-2013

Programa de Pós-graduação em: Política Científica e Tecnológica



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

AUTOR: Rodrigo Saraiva Cheida

“ANÁLISE SOCIOLOGICA DA “BIOLOGIZAÇÃO” DO TDA/H NA PSIQUIATRIA BRASILEIRA”.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Marko Synésio Alves Monteiro

Aprovado em: 27 / 02 / 2013

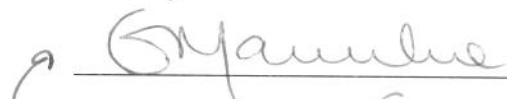
EXAMINADORES:

Prof. Dr. Marko Synésio Alves Monteiro



Presidente

Profa. Dra. Maria Conceição da Costa





Prof. Dr. Maria Gabriela Silva Martins da Cunha Marinho

Campinas, 27 de fevereiro de 2013.

À Maria de Fátima e ao Tio Zé Ivan

Agradecimentos

Gostaria inicialmente de agradecer ao professor Marko Synésio Alves Monteiro. Ele, que vem me acompanhando desde que fui aluno de graduação em Ciências Sociais e que me orientou neste trabalho, acredita em meu potencial como pesquisador e estabeleceu comigo não só uma relação profissional como de amizade. Posso afirmar que seus esforços vão muito além da formalidade de orientador. Se por vezes demonstrava algum desanimo, seja pessoal ou profissional, lá estava o amigo que não deixava se abater por qualquer angústia. E o orientador que incentivava novos caminhos dentro da pesquisa. Agradeço todos os comentários e sugestões fundamentais para que minha pesquisa se desenvolvesse, bem como as aulas e as reuniões que serviram para enriquecer o presente trabalho. Nessas palavras não cabe o sentimento de gratidão que tenho pelos incentivos e por me apoiar até hoje (e pelos próximos quatro anos – espero!).

Às professoras convidadas da banca, Maria Gabriela Silva Martins Cunha Marinho e Maria Conceição da Costa, pela paciência de lerem a dissertação e pelos comentários deveras importantes no andamento da pesquisa desde a qualificação.

Gostaria também de agradecer aos professores, professoras e colegas do Departamento de Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências, que desde a minha entrada no programa de Mestrado me ajudaram a encarar a PCT de forma crítica. Agradeço também aos colegas que ingressaram juntos comigo no programa e que, durante as disciplinas em que pude apresentar minha pesquisa, fizeram-me sugestões e críticas. Um agradecimento especial à Profa. Dra. Leda Gitahy, pelos comentários e conversas fora da sala de aula que foram muito ricos e ajudaram nesta pesquisa.

Ao pessoal da secretaria do DPCT, que me auxiliaram em todos os aspectos da burocracia para que esta pesquisa conseguisse ser formalizada: Valdirene, Gorete e Adriana.

Agradeço aos grandes amigos que fiz dentro do DPCT, Jean Carlos Hochsprung Miguel e Pedro Xavier Rodriguez Massaguer. Amigos que no dia-a-dia de um período de transição pessoal, ajudaram-me a ver o mundo com novas perspectivas. Os debates e desabafos com os amigos me ajudaram a crescer profissionalmente e pessoalmente, além das divagações intelectuais e filosóficas que acompanharam os encontros sociais (tsc).

Gostaria também de agradecer uma pessoa que é muito valiosa em minha trajetória acadêmica e que não pode ser esquecida, a professora Sônia Regina da Cal Seixas. O primeiro passo para minha iniciação científica foi dado sob a sua orientação. Infelizmente, não consegui a bolsa na época para trabalhar com a professora, mas o “empurrão” inicial foi dela que, dentre os professores de Ciências Sociais, acreditou em meu potencial – que hoje acredito estar se concretizando. Graças a uma caminhada com minha companheira Filomena, na época em que estava lecionando – época de angústia na transição da graduação/mercado de trabalho/Mestrado – e a um encontro casual com a professora, em que pedia auxílio para encontrar alguma rua de um certo bairro de Campinas, ela novamente apareceu para me reorientar nos caminhos da vida profissional. Em partes, a inspiração do tema desta pesquisa veio das pesquisas que ela já desenvolvia quando eu era aluno. Além disso, sem ela, eu não teria sido apresentado ao DPCT.

À Maria de Fátima Saraiva Cheida, mãe, amiga e companheira. Marcel José Cheida, pai, amigo e companheiro. Samir Saraiva Cheida, irmão, amigo e companheiro. Marcela Tavares Contrera, companheira e futuro. Sem os incentivos incondicionais da minha família não poderia estar fazendo aquilo que considero minha vocação. Em uma sociedade que exige a formação profissional de “autômatos”, sou feliz sendo sociólogo (aquele que é “vendido” nos cursinhos pré-vestibular como o profissional sem futuro), graças a eles. Se hoje tenho um futuro, devo em muito aos seus conselhos e amizade.

Ao meu tio José Ivan. Desde criança convivi com este que pode ser considerado “a musa” de inspiração da presente pesquisa. Sua condição de “esquizofrênico” me ajudava a sonhar e a pensar mundos diferentes em minha infância. Com ele aprendi um pouco mais a ser humano, algo que parece tão difícil em nossa sociedade de autômatos. Ainda hoje, conversar com ele e ver a sinceridade de seu sorriso faz o mundo tornar-se mais leve e sincero. Sim, o tio é um boi!

Ao apoio financeiro concedido pelo CNPq para o desenvolvimento (uma bolsa de Mestrado, de Março de 2011 a Fevereiro de 2013).

A civilização não tem a menor necessidade de nobreza ou de heroísmo. Essas coisas são sintomas de incapacidade política. Numa sociedade convenientemente organizada como a nossa, ninguém tem oportunidade de ser nobre ou heroico. É necessário que as coisas se tornem essencialmente instáveis para que semelhante ocasião se possa apresentar. Onde houver guerras, onde houver juramentos de fidelidade múltiplos e divididos, onde houver tentações às quais é necessário resistir, objetos de amor pelos quais é preciso lutar ou que é preciso defender, aí, manifestamente, a nobreza e o heroísmo têm um sentido. Mas hoje já não há guerra. Toma-se o maior cuidado para evitar amar exageradamente seja quem for. Não há nada que se assemelhe a um juramento de fidelidade múltipla, está-se de tal modo condicionado, que ninguém pode deixar de fazer o que tem a fazer. E se aquilo que há a fazer é, no conjunto, tão agradável, deixa-se uma tão grande margem a um tão grande número de impulsos naturais que não há verdadeiramente tentações a que seja necessário resistir. E se alguma vez, por qualquer infelicidade, acontece, por esta ou aquela razão, algo de desagradável, pois bem, há sempre o soma para permitir uma fuga da realidade, há sempre o soma para acalmar a cólera, para fazer a reconciliação com os inimigos, para dar paciência e para ajudar a suportar os dissabores. Outrora não se podiam conseguir todas estas coisas senão com grande esforço e depois de anos de penoso treino moral. Agora tomam-se dois ou três comprimidos de meio grama, e é tudo. Pode-se trazer conosco, num frasco, pelo menos metade da própria moralidade. O cristianismo sem lágrimas, eis o que é o soma."

(Huxley, Aldous. Admirável Mundo Novo, 1946).

Não me lembro de imagem mais evocativa para transmitir a atmosfera daquele lugar que o quadro de Hieronymus Bosch em que o mago, à maneira do dentista extraindo um nervo vivo, é representado como distribuidor de insanidade. Toda futilidade e charlatanice de nossos praticantes da ciência chegavam à apoteose na figura do suave sádico que dirigia a tal clínica com o pleno da conivência da lei. Era uma sócia de Caligari, sem o chapéu de burro. Pretendendo entender o funcionamento secreto das glândulas, investido do poder de um monarca medieval, indiferente à dor que infligia, ignorando tudo menos o seu conhecimento médico, foi trabalhar no organismo humano como bombeiro nos encanamentos subterrâneos. Além dos venenos que jogava no organismo do paciente, recorria aos punhos ou aos joelhos, segundo o caso (...). Os sentimentos do paciente pouco importavam; qualquer reação que conseguisse obter era apenas uma demonstração ou manifestação das leis que regulam o funcionamento das glândulas de secreção internas. O objetivo do tratamento era tornar o paciente mais adequado para a sociedade. Mas por mais rápido que trabalhasse, com ou sem sucesso, a sociedade produzia cada vez mais desajustados.

(Miller, Henry. Trópico de Capricórnio. 1939)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

Análise sociológica da “biologização” do TDA/H na Psiquiatria brasileira

RESUMO

Dissertação de Mestrado

Rodrigo Saraiva Cheida

Esta dissertação tem como objetivo investigar a “biologização” do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H) na vertente organicista de doença mental da psiquiatria no Brasil, a partir do recorte metodológico dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), especificamente os aportes teóricos da construção social da doença. O objetivo do estudo é investigar histórica e sociologicamente a forma pela qual o transtorno veio a ser investigado como uma patologia de origens biológicas pelas práticas psiquiátricas brasileiras. Para identificar os sentidos históricos pelos quais as fronteiras diagnósticas do transtorno possuem bases biológicas, foi feito um levantamento histórico para retomar as principais tradições da vertente organicista de pesquisa das doenças mentais da Psiquiatria no Brasil. Outro levantamento histórico buscou identificar, a partir do próprio conhecimento biológico do TDA/H, as contingências sociais do transtorno. A proposta de ambas as historiografias é investigar quais atores sociais mobilizaram técnicas e conhecimentos científicos oriundos da neurologia e da biologia até a sua atual classificação no Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais em sua quarta versão revisada – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-IV/RT - e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10. Em seguida, foi realizada uma investigação em artigos coletados na base científica SCIELO para identificar quais os principais atores sociais, as técnicas e o conhecimento científico que são mobilizados para investigar o TDA/H, entre os anos de 2007 e 2012, no Brasil. Foi possível verificar que, em sua maioria, o conhecimento da patologia é produzido por pesquisadores das áreas da Psiquiatria e das Neurociências que utilizam técnicas baseadas em paradigmas neurocientíficos para a investigação de doenças mentais. Interpreta-se que o conhecimento neurológico do transtorno, por sua vez, licencia que a prática médico-psiquiátrica trate determinados fenômenos sociais como problemas médicos e faça o controle social dos indivíduos desatentos “anormais” para recuperá-los em sua condição “normal”. Acredita-se que investigações que utilizam o metilfenidato, principal fármaco da terapia da patologia, podem ser uma forma de controle social pela ciência psiquiátrica brasileira, quando definem os comportamentos através do conhecimento neurocientífico como TDA/H. Também foi possível constatar que os estudos sobre o TDA/H, em sua maioria, foram financiados por indústrias farmacêuticas, ator social hegemônico na produção do conhecimento científico do TDA/H. A relação entre indústria farmacêutica e produção científica é um meio de legitimar a administração do psicofármaco metilfenidato como terapia principal no tratamento do transtorno. Desta forma, a relação entre indústria e doença é um fenômeno social no qual a ciência possui papel preponderante na aferição das categorias que podem ser consideradas “doença”.

Palavras chave: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; Psiquiatria; Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia.



UNIVERSITY OF CAMPINAS
INSTITUTE OF GEOSCIENCE

Sociological analyses of the ADHD “biologization” in Brazilian Psychiatry

ABSTRACT

Masters Dissertation

Rodrigo Saraiva Cheida

This dissertation aims to investigate the development of research on Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) in the organicist dimension of mental illness of psychiatry in Brazil, with the methodological approach of the Social Studies of Science and Technology (SSST), specifically the theoretical contribution of the social construction of illness. The objective of the study is to investigate historically and sociologically how the disorder came to be investigating with biological causes by Brazilian psychiatric practices. To identify the historical by which the boundaries of the disorder has a biological basis, a historical survey is done to resume the main research traditions of organicist shed of mental illness of Psychiatry in Brazil. Another historical survey seeks to identify the social contingences from the biological knowledge of ADHD. The proposal to investigate both historiographies is to analyses which social actors mobilized technical and scientific knowledge from neurology and biology to its current classification in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV/RT and the International Classification of Diseases (ICD-10). Then an investigation is carried out on the basis of scientific articles collected in SCIELO to identify the main social actors, the technical and scientific knowledge that are mobilized to investigate the ADHD, between 2007 and 2012, in Brazil. It was possible to verify, in most of the articles, that the knowledge of the pathology is done by researchers from the fields of Psychiatry and Neuroscience, which uses techniques based on neuroscientific paradigms for mental illness researches. It is interpreted that the neurological knowledge of the disorder, in turn, licenses the medical-psychiatric practices to treat certain social phenomenon as medical problems, under a social control of the individuals with the disorder treated as “abnormal” to get them back into their “normal” condition. It is proposed as an analysis that methylphenidate, the main drug therapy to the pathology, is a form of social control by Brazilian Psychiatry when they define the behaviors as ADHD. It also appeared that the studies are funded by pharmaceutical companies, the hegemonic social actor in the production of the scientific knowledge of ADHD. The relationship by the pharmaceutical industry and the scientific production is a way of legitimizing the administration of psychotropic drug methylphenidate as primary therapy in the treatment of the disorder. Thus, the relationship between industry and disease is a social phenomenon in which science has leading role in gauging the categories that can be considered disease.

Keywords: Attention Deficit-Hyperactivity Disorder; Psychiatry; Social Studies of Science and Technology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1 AS CONTINGÊNCIAS HISTÓRICAS DO TDA/H	11
1.1 As dinâmicas sociais do conhecimento científico	14
1.2 A hipótese da disfunção executiva do inibitório da vontade	21
1.3 As técnicas diagnósticas e terapêuticas	25
1.4 Em busca da sintomatologia e a oficialização da doença	29
1.5 Rumo ao atual estatuto da patologia e a medicalização do TDA/H	34
1.6 Da última classificação do transtorno	40
1.7 Considerações do capítulo	42
2 BREVE PERCURSO SOBRE A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL	47
2.1 O sentido das primeiras práticas psiquiátricas	50
2.2 Os asilos como espaço da prática científica médico-psiquiátrica	57
2.3 Dos modos de controle social da Psiquiatria: entre 1920 e 1950	64
2.3.1 Da higienização e do controle social dos menores: evitando riscos futuros	76
2.4 A ascensão da terapia farmacológica	81
2.5 Considerações do capítulo	86
3 MAPEANDO AS PESQUISAS DO TDA/H NO BRASIL	91
3.1 Investigar o conhecimento científico e a coprodução da ciência e sociedade	94
3.2 Caracterizando o campo, as técnicas e conteúdo do conhecimento científico sobre o TDA/H	97
3.3 Dos modos de controle social do TDA/H na Psiquiatria brasileira	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	131

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1	Figura do teste biofísico da atenção voluntária (TDAV)	102
Figura 4.2	Imagem de ressonância magnética do cérebro com TDA/H	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação dos artigos encontrados nas diferentes revistas segundo o Qualis	131
Quadro 2	Formação acadêmica ou especialização, universidade ou departamento de pesquisa dos autores e financiamento da pesquisa dos artigos	137
Quadro 3	Métodos ou técnicas de pesquisa; síntese do conteúdo do artigo	145
Quadro 4	Formação e especialização os pesquisadores	149
Quadro 5	Gráfico da formação dos pesquisadores em porcentagens com valor aproximado	151
Quadro 6	Gráfico da especialização dos pesquisadores em porcentagens com valor aproximado	151

LISTA DE SIGLAS

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção

APA - American Psychiatric Association

CID – Classificação Internacional de Doenças

DCM – Disfunção Cerebral Mínima

DDA – Desordem do Déficit de Atenção

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESCT – Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia

FDA – Food and Drug Administration

IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LPHM – Liga Paulista de Higiene Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SSK – Sociology of Scientific Knowledge

STS – Science, Technology and Society

TDA/H – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

USP – Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo compreender o desenvolvimento das pesquisas sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H), de 2007 a 2012, pela Psiquiatria no Brasil a partir do recorte metodológico dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), mais especificamente os aportes teóricos da construção social da doença. No levantamento realizado em artigos coletados na base científica SCIELO, foi possível verificar que o conhecimento produzido pela patologia no Brasil é realizado em sua maioria por pesquisadores das áreas da psiquiatria e das neurociências e é financiado por indústrias farmacêuticas. A relação entre indústria e doença é um fenômeno social no qual a ciência possui papel preponderante na aferição das categorias que podem ser consideradas “doença”. Desta forma, assume-se que o próprio conhecimento científico do TDA/H é modelado por técnicas que investigam a origem da desordem neurológica e constitui um meio de legitimar a relação entre indústria farmacêutica e produção científica na área da psiquiatria.

A hipótese central deste trabalho é que os estudos do TDA/H, em produções científicas brasileiras, são hegemonicamente amparados por técnicas (i) “biologizantes” – uma descrição científica em bases neurológicas que apontam a origem biológica das doenças mentais – e (ii) “organicistas” – concepção orgânica do corpo, segundo a qual a doença tem sua origem em processos físico-químicos ou na lesão de algum órgão – em contraste com explicações calcadas na subjetividade, no meio social e na educação. A partir desta conceituação são investigados e analisados os sentidos históricos e sociais do que representa investigar o conhecimento biológico do déficit da atenção para a psiquiatria brasileira.

Atualmente o conhecimento científico produzido dentre as psicociências (ROSE, 2011) – psiquiatria, psicologia e cognatos – sobre uma série de doenças mentais é foco de controvérsias, dentre elas o TDA/H, a distímia, a dislexia, a depressão e o distúrbio bipolar. O ponto central da discórdia repousa no argumento do aumento do diagnóstico de indivíduos acometidos pelas patologias aliado a um alegadamente exagerado consumo de fármacos que passaram a ser a terapia mais indicada para o tratamento dessas patologias.

Segundo dados da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), entre 3% a 5% das crianças brasileiras sofrem com o TDA/H, das quais 60% a 85% permanecem com o transtorno na adolescência. É um “transtorno neurobiológico de causas genéticas, reconhecido oficialmente pela OMS (Organização Mundial da Saúde), através do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)”¹. O grupo epidemiológico é de crianças (mas também vem sendo diagnosticado em adultos). Caracterizado por quadros de agitação, impulsividade, dificuldade de atenção, o distúrbio é frequentemente associado ao mau desempenho escolar de crianças de 3 a 5 anos e com maior prevalência em meninos. O principal tratamento é a administração terapêutica de fármacos com metilfenidato que busca aperfeiçoar e corrigir a secreção química dos neurônios responsáveis pela modulação da atenção deficiente.

A terapia com fármacos toma como base o conhecimento científico oriundo das diferentes disciplinas da biomedicina que apontam as doenças mentais como consequência de disfunções orgânicas. Essas disciplinas são a base científica que ampara a prática clínica dos profissionais que fazem o diagnóstico e a terapia dos indivíduos acometidos pelos diferentes transtornos e é meio de promoção dos interesses da indústria farmacêutica e seus produtos. Desta forma, o conhecimento científico seria o meio de legitimar uma complexa relação entre diferentes atores sociais, como indústrias farmacêuticas e comunidade científica – as psicociências que investigam os transtornos e os sujeitos diagnosticados. O ponto central dessa discórdia, portanto, é a legitimidade do conhecimento científico que ampara as práticas clínica e a terapêutica das patologias mentais.

Se a utilização das técnicas com bases biológicas de investigação subsidiam o diagnóstico clínico que implica na administração de fármacos para a terapia dos indivíduos com TDA/H, marcando uma relação próxima entre a produção do conhecimento e as indústrias farmacêuticas, tal “biologização” da patologia é também um dos principais eixos de vinculação entre a psiquiatria brasileira, o campo médico, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais

¹ Disponível em <<http://www.tdah.org.br/>>

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV/RT*), em sua quarta versão revisada e a Classificação Internacional de Doenças – CID-10.

Os sintomas desses transtornos são padronizados no DSM² e nos CID's – marcos indicadores de transtornos mentais e diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychological Association – APA*) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), respectivamente. Tais manuais são usados por companhias de seguro, indústrias farmacêuticas e parlamentos do mundo todo e se configuram como arranjos institucionais internacionais que sedimentam as práticas clínicas do diagnóstico e da terapia das psicociências, inclusive na produção do conhecimento científico sobre patologias mentais no Brasil. Os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV/RT e pelo o CID-10 são historicamente contingentes e possuem sentidos que sedimentam o atual discurso científico da patologia. Tais critérios refletem o modo como o conhecimento do TDA/H vem sendo construído e constituem um dos pontos centrais que definem o objetivo desta pesquisa.

Sobre as influências que os manuais exercem no conhecimento científico, muitos autores (AGUIAR, 2004; ROUDINESCO, 2000; BIRMAN, 1999; GUARIDO, 2007; LEGNANI & ALMEIDA, 2008) chamam a atenção para o fato de que os diagnósticos psiquiátricos, baseados nos manuais, possuem bases biológicas de análise em vez da descrição causal dos sintomas sentidos pelos sujeitos. O *mal-estar dos indivíduos* (BIRMAN, 1999), fruto da relação em diversos níveis de estruturas da vida social que se apresenta de forma comportamental, é deslocado para a descrição científica das doenças em bases biológicas, genéticas, hormonais e neurológicas. Os manuais, além de orientarem a prática médica, são referenciais para a produção científica e dos fármacos e estabelecem critérios de como diagnosticar as doenças classificadas (AGUIAR, 2004; ROUDINESCO, 2000; BIRMAN, 1999).

² A primeira publicação do DSM é de 1952, sendo a segunda de 1968, a terceira de 1980 e o DSM-IV de 1994. Atualmente está sendo discutido o DMS-V, uma atual revisão deste indicador que tem previsão de ser publicado em 2013.

Sendo assim, tais doenças passam a ser cientificamente investigadas partindo-se de causas biológicas, o que subsidia o diagnóstico e ampara os tratamentos baseados em fármacos que buscam equilibrar a química do cérebro, ou atuar de outras formas no corpo fisiológico. O fato de muitas pesquisas a respeito dessas patologias serem financiadas pelas empresas farmacêuticas que produzem os remédios utilizados nesses tratamentos levanta questões importantes a respeito das formas sociais de construção desse conhecimento na relação que é estabelecida entre instituições de pesquisa, empresas farmacêuticas e pacientes.

Esse nexo é o centro desta pesquisa que busca investigar a biologização do conhecimento científico do TDA/H pela psiquiatria brasileira e analisar sociologicamente a construção desse conhecimento na sua relação com o mercado. Levantam-se aqui perguntas importantes sobre a prática científica da psiquiatria no Brasil, a forma como produz conhecimento e a relação que estabelece com os pacientes e com a indústria. O desenvolvimento histórico dessa patologia visto sob o prisma de uma história do conhecimento, não se separa, assim, de uma análise sociológica a respeito das formas sociais de produção desses saberes e da sua ligação com a produção de fármacos através dos canais de financiamento dessas pesquisas.

Diante da perspectiva sócio-histórica do presente trabalho, com foco na vertente organicista de doença mental da psiquiatria brasileira e nas contingências históricas do TDA/H, foram utilizados, como referência metodológica e teórica, os Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), mais especificamente os aportes teóricos que envolvem a construção social da doença (FLECK, 2010; FOUCAULT, 1978, 2007, 2011; JASANOFF, 2004; ROSE, 2006, 2007, 2011). Assume-se como premissa metodológica deste estudo que o conhecimento científico é resultante da construção social e refuta-se a noção “objetivista” que o torna “legítimo”, “puro” e além das relações sociais. Dessa forma, o conhecimento científico é assumido como produto de relações políticas, sociais, econômicas e históricas que constroem as fronteiras do TDA/H.

Através da perspectiva sociológica de análise sobre a construção social da “biologização” do comportamento desatento busca-se investigar a forma pela qual o transtorno veio a ser objeto de estudo dentro da ciência psiquiátrica brasileira. Ciência que investiga um comportamento

típico que ocorre de crianças dentro do contexto escolar e que acaba por assumir a função de comportar o aluno desatento e suas inquietudes dentro da sala de aula com técnicas terapêuticas específicas que, por sua vez, buscam corrigir o déficit de atenção a partir de pressupostos neurológicos. O que se coloca como foco de análise, portanto, é de que maneira o comportamento desatento tornou-se um problema neurológico para a psiquiatria brasileira.

O fenômeno da “biologização” não se separa de uma dupla análise histórica. No primeiro capítulo, é realizada a abordagem histórica do desenvolvimento do TDA/H. Em um primeiro momento, é abordado o método de análise do conhecimento científico com Ludwik Fleck (2010) de forma a levantar conceitos que auxiliem na investigação das contingências históricas do transtorno. Em seguida, busca-se demonstrar como o conhecimento científico da patologia não se dissocia dos contextos históricos que influenciam as pesquisas do transtorno. É uma patologia cujo diagnóstico passou por descrições sintomatológicas e etiológicas diversas e historicamente contextualizadas. Esta abordagem toma como norte de análise que a legitimidade biológica do transtorno foi sendo paulatinamente construída por cientistas da neurologia e da psiquiatria. É uma historiografia do conhecimento científico e das técnicas que delimitam as fronteiras diagnósticas do transtorno até os critérios atuais para identificar o TDA/H a partir do DSM-IV-RT e do CID-10.

Uma das análises realizadas na presente dissertação argumenta que a utilização de técnicas baseadas em paradigmas das neurociências para a investigação do TDA/H pela psiquiatria brasileira representa a associação desta área ao campo médico e aos manuais internacionais que amparam o diagnóstico clínico e as pesquisas. Essa associação não ocorre por acaso. Na psiquiatria brasileira existem tradições de pesquisa que investigam as doenças mentais pelo paradigma organicista. Investigar o conhecimento científico sobre o TDA/H como resultado de disfunções neurológicas é uma forma de reiterar e fortalecer os vínculos desta vertente da psiquiatria brasileira às estruturas que garantem legitimidade das pesquisas na área, como o campo médico e os manuais internacionais de pesquisa. Portanto, as tradições de pesquisas com ênfase no conceito de doença mental, como resultado de disfunções orgânicas da psiquiatria brasileira – especificamente Rio de Janeiro e São Paulo –, constituem-se o foco deste estudo, uma

vez que são áreas que investigam as doenças mentais a partir de técnicas específicas e historicamente contextualizadas.

Esta análise é possível a partir do levantamento histórico feito sobre a formação da psiquiatria no Brasil no segundo capítulo. Na história das tradições de pesquisa de vertente organicista, foi possível verificar que o conceito de doença mental esteve relacionado à formação da ciência psiquiátrica no país, a sua institucionalização e à proliferação de práticas e técnicas científicas que buscavam associar-se com a psiquiatria de outros países já estabelecida. Os hospícios e as técnicas de investigação anátomo-patológica foram fundamentais para estabelecer o campo de pesquisa na área, bem como os meios de estruturar e delimitar as fronteiras de tal prática científica.

Não só a busca por estruturar as práticas científicas na área, mas a biografia de médicos-psiquiatras esteve associada à formação de sociedades científicas, como a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). A Liga é emblemática na forma de atuação sobre os cuidados dos doentes mentais no Brasil. O ideal higienista e eugênicos que influenciaram a prática psiquiátrica, dentre 1920 e 1950, foram fundamentais para a área científica estabelecer-se como disciplina autônoma e influenciada por políticas do Estado brasileiro que buscava estabelecer meios de controle sobre a constituição do “povo brasileiro”. Os alcoólatras, as crianças delinquentes, as prostitutas, os indivíduos sofrentes de manias e outros sujeitos que desviavam da moral-normal da sociedade eram indivíduos que foram objeto de estudo e de atuação da ciência psiquiátrica higienista e eugênica da época que era influenciada por tais políticas.

A terapia destes indivíduos se dava através de uma concepção orgânica de doença mental. Os desviantes sociais eram interpretados sob o prisma da hereditariedade, das características genéticas que passavam de geração a geração e eram naturalmente sujeitos “anormais”. A prática terapêutica se dava através da reclusão nos hospícios dos doentes mentais até que recuperassem sua condição “normal”. Fato que era justificado pela ciência psiquiátrica como forma de evitar o atraso da formação da Nação brasileira da época. De meados do século XX em diante, a concepção orgânica de doença mental ganhou novos rumos com a influência dos psicofármacos na produção do conhecimento em psiquiatria e das terapias biológicas, bem como da formação

dos manuais internacionais que passaram a orientar a prática científica da área. O que se propõe nesse levantamento é que a prática psiquiátrica brasileira se constituiu como uma instituição de controle social através de conhecimentos oriundos das ciências biológicas que atuava a partir das técnicas destas áreas.

No terceiro capítulo, são abordadas a metodologia e a investigação empírica do estudo. Nesta pesquisa, para investigar o conhecimento científico de forma interdisciplinar, sustento-me na referência teórica da Sociologia do Conhecimento Científico (*Sociology of Scientific Knowledge* – SSK). Esta área de pesquisa dos ESCT é um campo que se tornou fértil para as pesquisas envolvendo a Sociologia da Saúde Mental. O objetivo inicial é demonstrar que é possível investigar a produção do conhecimento em determinadas áreas da ciência a partir de métodos sociológicos. Neste sentido, argumenta-se que existe a possibilidade de compreender a vertente organicista de doença mental da psiquiatria brasileira e suas influências sociais através da análise sociológica e histórica da própria construção do conhecimento científico sobre a doença. Este conhecimento confere uma forma específica de legitimidade ao transtorno, que se configura como uma "condição fisiológica". Desta forma, torna-se passível de detecção e tratamento através de pesquisa científica e produção de fármacos.

Para identificar a tradição organicista que investiga o TDA/H no Brasil e a sua associação com a indústria farmacêutica, foi desenvolvida uma busca em artigos científicos da área de Psicologia³ do Qualis, entre 2007 e 2012, o estudo empírico da presente dissertação. Esse recorte foi definido dessa forma, pois é essa tradição de pesquisa que mais publicou sobre o transtorno. Com base nessa pesquisa com as publicações, foi possível investigar as fontes de financiamento dos estudos, que são claramente ligadas a empresas farmacêuticas que desenvolvem fármacos.

³ A classificação da área de psicologia no Qualis no Brasil engloba revistas das áreas da psiquiatria, da educação, a neuropsiquiatria, entre outras, que estão relacionadas aos estudos da saúde mental. Por isso, para alcançar o objetivo da dissertação, buscou-se pesquisar primeiro as últimas publicações do transtorno e depois as revistas que são designadas como “psiquiatria” dentro do universo de revistas científicas presentes na divisão “psicologia”.

No estudo empírico realizado a partir das publicações científicas, foi feito um levantamento de artigos a partir de buscas na base SCIELO. A fim de sistematizar esse levantamento, apresento uma tabela enumerando cada artigo segundo a classificação Qualis de cada revista. Em seguida, outra tabela foi feita para organizar os autores de cada artigo, a universidade e departamento aos quais pertencem, a formação acadêmica e especialização de cada um deles, e o método de estudo dos artigos. A sistematização dos artigos pela formação acadêmica, o financiamento dos estudos, revistas científicas, grupos de pesquisa e uma breve descrição do conteúdo das publicações é uma forma de “mapear” os campos científicos e as técnicas utilizadas para investigar o TDA/H no Brasil.

Este capítulo se divide, posteriormente, em um estudo de 48 artigos pertencentes às revistas científicas da área da psiquiatria que mais publicaram sobre o TDA/H. É um estudo qualitativo de análise de conteúdo que visa identificar como os diferentes discursos são articulados nos artigos levantados, norteados pela hipótese da hegemonia da produção do conhecimento científico sobre o transtorno em bases biológicas – conhecimentos oriundos da neurologia. O resultado da pesquisa aponta a hegemonia de cientistas com formação em psiquiatria e em neurociências nas pesquisas sobre o TDA/H. Detectou-se ainda que muitos artigos publicados são estudos financiados por empresas farmacêuticas. Sobre o conteúdo, foi possível constatar o uso de técnicas que estão associadas à “literatura internacional” sobre o transtorno e hegemonicamente investigam o transtorno sob o pressuposto de sua causa ser neurológica.

O que se pressupõe com a pesquisa dos artigos científicos é que a legitimação do conhecimento sobre a patologia ilumina as formas como se organiza a ciência psiquiátrica no Brasil. A realização de pesquisas que afirmam a origem neurológica do aluno “malcomportado” e com “déficit de atenção” tornou-se um instrumento de empoderamento da comunidade psiquiátrica brasileira em sua vertente organicista, que lhe garantiu maior legitimidade e neutralidade ao associar-se à comunidade científica internacional e aproximar-se ao campo médico.

A problematização e a análise do tipo de conhecimento presente nos artigos sobre o TDA/H e as formas como o discurso biológico se faz presente são seguidas de um levantamento

dos aportes teóricos da construção social da doença, principalmente através de Conrad (1975, 1992, 2006, 2010) e Conrad e Barker (2010). Os autores propõem, nos diferentes textos, que a investigação do TDA/H pode ser interpretada pelos conceitos de desvio social e controle social através da psiquiatria e medicalização.

Seguindo a interpretação que sugerem, considerar o nível biológico do TDA/H é um aparato perfunctório de um conjunto de alterações que anunciam a “doença” através de técnicas mobilizadas para tornar seu aparecimento possível. Instrumentos que circulam entre uma amálgama de atores sociais que buscam atingir fins específicos na produção do conhecimento: psiquiatras, neurocientistas e indústrias farmacêuticas. Mais do que o resultado de uma ciência “pura”, as investigações das causas neurológicas do TDA/H são situadas historicamente na psiquiatria biológica brasileira, uma parte da comunidade médica que possui, na lógica de sua atuação como ciência, a crença na possibilidade de controle de indivíduos acometidos por diferentes “doenças mentais”, ou pelo déficit de atenção, que podem trazer prejuízos sociais, sujeitos que não se adequam às normas sociais. Controle realizado pelo conhecimento científico: produzido por psiquiatras, financiado pelas indústrias farmacêuticas e que sugere o metilfenidato como o instrumento de terapia e atuação sobre o comportamento “anormal”. Vínculo primordial entre os atores mobilizados para administrar o TDA/H.

A investigação das causas biológicas do TDA/H legitima os tratamentos baseados em fármacos que buscam, através da modulação do equilíbrio químico do cérebro, comportar o aluno desatento. Legitimidade que é construída pelo financiamento das pesquisas por empresas farmacêuticas. Esse fenômeno revela a possibilidade da análise sociológica sobre a construção desse conhecimento na sua relação com o mercado. Diante deste contexto, doenças mentais são patologias que podem ser consideradas oportunidades vitais para a criação do lucro privado e do crescimento econômico nas sociedades liberais, na qual o Brasil se contextualiza. Neste sentido, o investimento em pesquisas científicas é de fundamental importância para as indústrias farmacêuticas. Para que se tornem efetivas as oportunidades de lucro no mercado de saúde mental, os cálculos da eficácia que os tratamentos com fármacos podem produzir através do conhecimento científico são de extrema importância.

De forma geral, busco contribuir para a crítica sobre a ciência e tecnologia no Brasil, mais especificamente para repensar a relação entre a psiquiatria brasileira e as políticas de saúde presentes no cenário político e econômico brasileiro. O alinhamento destes diferentes atores acaba por criar um imaginário na sociedade de que as tecnologias farmacológicas – consideradas aqui como produtos dotados de sentido e foco de exame histórico – resultam do interesse mercadológico das empresas farmacêuticas e das políticas liberais de saúde em nosso país. A investigação historiográfica do conhecimento científico do TDA/H e das psicociências brasileiras revelam, portanto, que ciência e tecnologia são mobilizadas na construção do diagnóstico, das terapias e do conhecimento sobre essa patologia como resultado da relação entre diferentes atores sociais: as comunidades científicas que a investiga, políticas nacionais de saúde, empresas farmacêuticas, a educação, educadores e alunos – malcomportados.

CAPÍTULO 1 -AS CONTINGÊNCIAS HISTÓRICAS DO TDA/H

O presente capítulo tem como objetivo investigar as contingências históricas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H). O objetivo de realizar o levantamento histórico é compreender como se deram a gênese e a evolução das fronteiras diagnósticas do transtorno enquanto fato científico. Como premissa metodológica, assume-se que o conhecimento científico da “doença” é socialmente construído, sendo assim um fenômeno social que mobiliza diferentes atores a investigá-la e estabelecem as fronteiras do que pode ser considerado TDA/H. Atualmente, o transtorno é investigado como consequência de causas biológicas através de conhecimentos e técnicas oriundos da neurologia. A criança ou o adulto acometido possuem déficit de atenção devido a causas orgânicas. Portanto, neste capítulo, busca-se investigar historicamente de que maneira a patologia passou a ser considerada como resultado de disfunções neurológicas, como o comportamento com déficit de atenção passou a ser “biológico”.

O transtorno é classificado no DSM-IV-TR de 1994 como “perturbações que aparecem habitualmente na primeira e segunda infâncias ou na adolescência”, mais especificamente incluída nas “perturbações disruptivas e de déficit de atenção”. A Perturbação da Hiperatividade com Déficit de Atenção é caracterizada por problemas proeminentes da falta de atenção e/ou de impulsividade e hiperatividade e é dividida em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e tipo misto. Também dentro desta classificação é incluída a “perturbação da hiperatividade com déficit de atenção sem outra especificação”.

Ainda sobre os critérios de diagnóstico do transtorno presentes no manual, o público epidemiológico é de crianças entre três e sete anos de idade, com ocorrência maior em meninos com mesmo nível de inteligência de outros da mesma idade. É comum ocorrer durante os anos escolares e persistir na vida adulta. Os principais critérios para definir o transtorno são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, dentre outras características que também auxiliam como critérios diagnósticos como a inquietude motora e falta de envolvimento persistente nas tarefas que a criança realiza. Pelo levantamento histórico realizado no capítulo são esses critérios e características do comportamento desatento que influenciam as pesquisas científicas e neurobiológicas do transtorno realizadas em sua maioria pela psiquiatria e pelas neurociências.

Sendo assim, busca-se apontar de que maneira as ciências que o investigam passaram a considerá-lo um déficit neurológico a partir das origens históricas e sociais do conhecimento científico “biológico” do transtorno. Destaco que a ciência não se trata de um abarrotado de saberes razoáveis que progridem em busca de uma verdade neutra, que muitas vezes acomete a percepção de senso comum de seus produtos. O TDA/H – considerado aqui como um conhecimento científico produzido por diversas áreas científicas e de contingência social e histórica – possui uma história marcada pelos conflitos e consensos entre os cientistas e os discursos científicos que se alinham ao demarcarem as fronteiras que definem a patologia. Processo de constante negociação do que pode ser considerada a “doença”.

Dentre os percursos históricos do TDA/H há um que é reconhecido e “nasce no interior do campo biomédico (...) [contado por] especialistas da neurologia e psiquiatria (...) [que] representam o discurso da legitimidade biológica e cerebral do transtorno” (CALIMAN, 2010, p. 49). Nesse sentido, haveria uma “história oficial” do TDA/H.

Nos diferentes caminhos pelos quais o transtorno passou até chegar aos critérios de diagnósticos atuais, os conhecimentos científicos oriundos das áreas da psicologia infantil, neurologia, psiquiatria e psicopedagogia foram de marcada atuação na delimitação de sua etiologia. Inicialmente, o grupo de estudo dos acometidos pelo transtorno eram crianças e acreditava-se que a sua causa era hereditária e, com o tempo, suas fronteiras se expandiram para diagnosticar adolescentes e adultos. Aliada ao diagnóstico, a terapêutica mais adequada para amenizar ou curar as mazelas da patologia foi o metilfenidato e a legitimação do seu uso se dá principalmente por um crescente debate dos conhecimentos da neurologia e dos usos das tecnologias de imagens cerebrais para identificar o transtorno.

Da “história oficial do TDA/H”, pode-se apontar que o discurso neurocientífico foi predominante para a definição atual da patologia, sendo que a caracterização da criança acometida foi modificada em diversos contextos históricos: um defeito de controle moral herdado de algum parente com histórico de criminalidade, alcoolismo, ou depressão; portadora de uma deficiência mental leve ou branda; afetada pela encefalite letárgica; hiperativa ou hiperkinética; com o cérebro moderadamente disfuncional; com déficit de atenção ou com déficit de

atenção/hiperatividade. Nos últimos vinte anos, essa doença vêm sendo definida como o defeito inibitório que afeta o desenvolvimento das funções cerebrais.

A análise da construção do conhecimento sobre o TDA/H e de suas contingências históricas permite verificar de que forma o transtorno veio a ser definido como normal ou patológico. É possível perceber que historicamente as controvérsias para garantir a estabilidade conceitual do déficit de atenção colocaram em xeque o saber psiquiátrico e o neurológico, mas ao mesmo tempo foram fonte de legitimação destas áreas científicas. O objetivo de resgatar o percurso histórico implica em analisar os momentos nos quais as patologias da atenção e da vontade foram incorporadas ao diagnóstico e resultaram na atual descrição do TDA/H e, também, na maneira em que o conhecimento científico foi construído enquanto um campo epistêmico que é contingente de variáveis sociais.

Diante desta perspectiva histórica, para lidar metodologicamente com as interações conceituais do TDA/H, discuto brevemente algumas abordagens analíticas acerca da história do conhecimento científico e da construção social da doença. Através destas referências metodológicas, é possível compreender como emerge e se desenvolve um fato científico que é permeado pelas relações sociais que influenciam as formas do desenvolvimento de sua pesquisa. Em um primeiro momento, busco fazer a contextualização do surgimento da Sociologia do Conhecimento Científico e a revisão de alguns conceitos que possam contribuir para a análise historiográfica de patologias mentais a partir de Ludwik Fleck (2010).

As concepções sociológicas do desenvolvimento do conceito científico em Fleck podem ser interpretadas pela preocupação que o autor tinha em estabelecer uma dinâmica analítica para a história do conhecimento científico. A análise da “biologização do comportamento desatento” segue esta perspectiva. Na historiografia do TDA/H, dessa forma, é possível apontar um discurso que nasce da *proto-ideia* das pesquisas de George Still (cientista precursor na aferição da etiologia da patologia) nas quais haveria a possibilidade de investigar as causas genéticas e cerebrais do sujeito imoral e desatento. Com o tempo, foi crescente a ênfase em investigações de conceitos da neurociência reforçadas pelas tecnologias de visualização cerebral e pela administração de fármacos para a atenção, *estilos de pensamento* que orientam as atuais pesquisas do transtorno.

Dessa forma, o TDA/H pode ser analisado enquanto uma patologia que envolve uma série de discursos científicos que moldam a sua atual definição, cada um com suas exposições, metodologias, valores e prioridades. As dinâmicas conceituais que com o tempo moldaram o conhecimento do transtorno resultaram de mudanças econômicas, culturais e políticas, que perfazem a construção do conhecimento científico e das diferentes comunidades científicas que disputam a hegemonia discursiva sobre o transtorno. Esta característica da história do conhecimento científico, segundo Bracken e Thomas (2010), revela o caráter dinâmico das psicociências pelos seus próprios conflitos e disputas em torno da construção do conhecimento sobre a patologia. Mas também aponta que, na produção do conhecimento científico, existem variáveis sociais que ajudam a delinear seu estatuto epistêmico.

1.1 AS DINÂMICAS SOCIAIS DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Os Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), como são chamados no Brasil os programas acadêmicos cujo nome original é *Studies of Science, Technology and Society* (STS), conferem o suporte teórico e metodológico necessário para a compreensão de como os aspectos sociais e a produção científica estão em constante relação de intersecção. Assume-se como pressuposto que a ciência, a tecnologia e a sociedade são interligadas em formas específicas e estão em contato, impactam-se e interpenetram-se.

É subjacente ao surgimento de um campo acadêmico interdisciplinar como os ESCT a necessidade de confluência nos focos de pesquisa de áreas científicas tradicionais com implicações sociais, políticas e morais. Suas bases teórica e epistemológica surgem com investigações envolvendo a natureza empírica dos estudos científicos e os métodos, área científica que se convencionou chamar de Filosofia da Ciência, sendo algum de seus expoentes Rudolph Carnap (1881–1970), Karl Popper (1902–1994), Willard Van Orman Quine (1908–2000); a Sociologia da Ciência, com Robert King Merton (1910–2003), Derek Sola Price (1922–

1983), Joseph Ben-David (1920–1986); e a Sociologia do Conhecimento, com Karl Mannheim (1893–1947), Ludwik Fleck (1896–1961) e Thomas Kuhn (1922–1996) ⁴.

Dentre as linhas de pesquisa mais recentes dos ESCT, a *Sociology of Scientific Knowledge* (SSK), ou Sociologia do Conhecimento Científico, trata especificamente das dinâmicas sociais de produção e desenvolvimento do conhecimento científico. O início deste campo teve como contexto a crescente importância da ciência e da tecnologia no desenvolvimento econômico do século XX, com o objetivo de investigar os efeitos políticos e sociais que passaram a desempenhar. Contexto em que as inovações científicas e tecnológicas passaram a ser questionadas quanto à responsabilidade pública de seus resultados (ROOSTH, S; SILBEY, S., 2009).

A SSK surgiu em contraponto à Sociologia da Ciência. Justifica a necessidade de investigar o próprio conhecimento científico ao invés de propor a ciência como uma instituição social que se diferencia de outras instâncias da sociedade e possui autonomia em suas práticas. Para Shinn e Ragouet (2008), a Sociologia da Ciência possui esta perspectiva e pode ser denominada de “diferenciacionista”. A perspectiva “antidiferenciacionista” da Sociologia do Conhecimento nega esta perspectiva do saber científico totalizado e homogêneo ao investigar a ciência *em produção*: é necessário investigar o conhecimento científico a partir de suas contingências históricas e sociais.

A SSK foi muito influenciada por Thomas Kuhn (2003), autor que se baseia na análise do desenvolvimento dos fatos científicos sob a perspectiva histórica de Ludwik Fleck. Kuhn é considerado o ponto de passagem de uma perspectiva “diferenciacionista” para a “antidiferenciacionista” de investigação sociológica da ciência, segundo Shinn e Ragouet (2008). Ambos os autores são de fundamental importância para a constituição do programa acadêmico

⁴ A divisão feita aqui das referências epistemológicas dos ESCT é inspirada no texto: SHINN, T.; RAGOUET, P.. **Controvérsias sobre a ciência: por uma sociologia transversalista da atividade científica**. São Paulo: Associação Filosófica Scienica Studia: Editora 34, 2008.

que ganha um corpo mais denso de pesquisa na Universidade de Edimburgo e Bath, com pesquisadores que formaram o Programa Forte em Sociologia do Conhecimento, como David Bloor (2009), Steven Shapin (1995), Barry Barnes (1974), Simon Schaffer (1985), Donald Mackenzie (1978) e Harry Collins (1983).

Diante de uma proposta de análise dos fatos científicos sob a perspectiva histórica, na análise historiográfica do conhecimento científico do TDA/H serão abordados alguns conceitos de Ludwik Fleck, autor de importância para investigação da construção social da doença. Sua monografia apresentada em 1935, com o título *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, propõe que a produção de conhecimento dentro de uma área científica – que em seu estudo é na Medicina – possui uma dinâmica própria. São conceitos que se edificam, conformam e se estabelecem de acordo com contextos sociais específicos. Sua análise é sobre a dinâmica histórica do desenvolvimento do conceito da sífilis. Desta forma, Fleck propõe que a análise da descrição da sintomatologia em sua contemporaneidade possui diversas origens e varia no tempo.

A análise do desenvolvimento histórico do conceito de sífilis de Fleck possui quatro princípios básicos em sua explicação para Carrara (1996): (i) *princípio ético-místico*: ao irromper na Europa como epidemia no século XV, a doença era considerada por astrólogos da época como consequência da conjunção de Saturno e Júpiter na casa de Marte, sob o signo de Escorpião (no dia 25 de Novembro de 1484) em que os órgãos sexuais estariam submetidos a esta conjunção mística. Para Fleck, essa definição fixa o caráter sexual da sífilis como *differentia specifica*. Outro elemento associado a sua estrutura conceitual eram os discursos religiosos que acusavam que a doença estava ligada ao pecado do ato sexual, o que reforça o caráter venéreo bem como determina a reprovação moral que recaía sobre os doentes. A doença era interpretada como uma penitência aos atos mundanos – seu modo de vida (dos libertinos e prostitutas) poderia ser associado ao seu caráter moral que era o elemento diagnóstico fundamental. Nesta época, qualquer doença dos órgãos sexuais era denominada de sífilis; (ii) *princípio empírico-terapêutico*: com ênfase na experimentação como forma de evidenciar sua categoria nosológica, durante o século XIX, os testes empíricos tinham como objetivo evidenciar e apurar a etiologia da doença bem como sua cura. O mercúrio, que era indicado como terapia aos casos de sífilis, era elemento que diferenciava a doença de outras. Dessa forma, se o local infectado cedesse à ação

do mercúrio poderia ser considerada “sífilis”; (iii) *princípio experimental-patológico*: observações clínicas e experiências de inoculação do vírus sífilítico em seres humanos. A definição da categoria “sífilis” pelos testes que a diferenciava da definição sintomatológica da gonorreia e do cancro; (iv) *princípio patogênico*: os testes feitos para apurar as características da doença indicavam como hipótese de contágio a hereditariedade e a transmissão.

Seu caráter passou por transformações a partir do místico, passando pelo empírico e o patogênico geral, para terminar no predominantemente etiológico, sendo que esse processo não se caracterizava apenas por um enriquecimento em detalhes, mas também pela perda de muitos elementos de sua doutrina antiga. (...) Com as transformações do conceito de sífilis, porém, surgiram também novos problemas e novos domínios do saber, de modo que, na verdade, nada está encerrado (FLECK, 2010, p. 60).

Fleck (2010) enfatiza que os princípios acima enumerados apontam para a evolução histórica das doenças e possuem papel ativo na compreensão científica de seus conceitos. Isso não significa que o conhecimento científico é estável, pois a divisão dos princípios se dá pelas diferenças conceituais no tempo e no espaço que apontam a incongruência conceitual da categoria “sífilis”. Até o século XIX, a instabilidade sobre o que é considerada a doença é resultado de diferentes conceitos no meio médico que entram em conflito. Nessa época a referência à sífilis como uma entidade ético-mística perde-se como meio de explicação de suas causas. Isso ocorre como produto da ênfase nos testes para evidenciar e tratar a patologia, agora com base na experiência científica e racional. Segundo Carrara (1996), esse é o processo de “desencantamento místico” através das interpretações científicas. São dois estilos de pensamento que estavam em confronto e organizavam os coletivos de pensamentos, ou seja, os conceitos e técnicas hegemônicos da época que amparavam as pesquisas da comunidade científica que investigava a sífilis.

A ênfase nos princípios empírico-terapêutico, experimental-patológico e patogênico se deu em um contexto da elaboração da “jurisdição” da racionalidade do discurso médico em torno da sífilis. Se não é mais o pecado que lhe garante a unidade conceitual, os princípios racionalistas

passaram a aprimorar a categoria diagnóstica com a tentativa de distingui-la de outras doenças. Ainda assim a sífilis era associada à *lues venérea, avaria, gonorreia, blenorragia e cancro mole*⁵.

Em meados do século XIX, o mal venéreo constituía a base da descrição do conceito da doença que até então era sexualmente transmissível e passou a ser considerada sexualmente produzida dependendo da condição em que o ato sexual era realizado e associado aos aspectos morais. Por isso, o exercício sexual deveria ser mantido sob o regime de raridade, sem abusos. A masturbação, por exemplo, associava-se às faculdades mentais do sujeito que a praticava. A repetição do espasmo nervoso que se seguia à ejaculação, a perda do precioso líquido seminal, a perversão dos sentidos através do exercício continuado e a excitação da mente em busca do prazer levava o indivíduo que a praticava ao esgotamento e repercutia sobre todo o organismo (FOUCAULT, 1988).

Portanto, a sífilis era compreendida como consequência do ato sexual imoderado e sua categoria possuía um sentido de pudor. Apesar da luta dos médicos em imprimir a racionalidade na fronteira do discurso que delimitava as categorias da doença, mesmo sem qualquer intervenção divina, a sífilis ainda era símbolo natural da conduta imoral que fugia do que é considerada a “normalidade” do ato sexual (CARRARA, 1996). O estigma da imoralidade era mecanicamente associado ao organismo através do descontrole e do excesso da conduta sexual. No século XX, mesmo que a ideia de excesso sexual permanecesse como forma de análise das causas da sífilis associada à degeneração, a teoria bacteriana de Louis Pasteur (1822-1895) passou a influenciar as pesquisas sobre sífilis com o objetivo de localizá-la, neutralizá-la e se possível eliminá-la.

⁵ Como exemplo deste processo, Philippe Ricord (1800-1889) é considerado pela historiografia da doença o precursor dos estudos biomédicos que se designou como *sifiligrafia* ou *sifilografia* em 1842. Ricord realizou a primeira e mais importante etapa do processo de inoculação da sífilis que a distinguiu de outras doenças venéreas e ao invés da transmissão ser ligada ao plano ético-místico, com a ênfase no princípio patológico-experimental, a doença passou a ser associada ao plano “mecânico” (FLECK, 2010).

Se houve “revolução” nesse período, houve também extraordinárias continuidades. Além do antigo e quase universal tema da invasão do organismo por um mal que se transmitia de indivíduo a indivíduo, a nova linguagem científica reelaboraria ainda outros temas clássicos. Entre eles ressaltam-se o da **hereditariedade sifilítica** e o da **universalidade ou ubiquidade do mal** (CARRARA, 1996, p. 34).

O que se buscou evidenciar, a partir da análise histórica das transformações pelas quais o conceito de sífilis passou em sua historiografia através de Fleck é que as doenças enquanto entidades nosológicas que não podem ser reduzidas às evidências e comprovadas por um único sistema conceitual. Os primeiros princípios elaborados que orientam as futuras pesquisas sobre a doença Fleck define como *proto-ideia*: são concepções científicas gerais que dão bases às futuras pesquisas que se especializam na construção do “fato científico”. Processo no qual cada *estilo de pensamento* traduz pelos próprios termos sua concepção do que vem a ser o objeto de estudo. Neste sentido, o conceito de uma determinada doença é um acoplamento de diversos tipos de conhecimentos que foram construídos em torno do objeto de estudo e do desenvolvimento de um conceito original. As diferentes linhas de interpretação sobre um objeto científico é o que Fleck chama de *estilos de pensamento*: interpretações sobre o objeto de investigação que, através das experiências científicas, definem o significado de um conceito.

O estilo de pensamento de uma comunidade científica e de um discurso científico possui base histórica e conforma o desenvolvimento dos modos de pensar e perceber os objetos ou fenômenos. Não há como pensar o contraditório de um sistema de pensamento hegemônico que só é transformado quando o “despercebido” ou a “exceção” se manifestam como complicação do sistema de pensamento vigente. O erro torna-se uma persistência. A contradição é a base para o desenvolvimento do conceito, de um sistema lógico e é o meio que perpassa qualquer tipo de interpretação futura.

As relações históricas e estilísticas dentro do saber comprovam a existência de uma interação entre o objeto e o processo de conhecimento: algo já conhecido influencia a maneira do conhecimento novo; o processo do conhecimento amplia, renova e refresca o sentido do conhecido. (FLECK, 2010, p. 81).

Em contrapartida, não se pode negar que a relação histórica com o processo de conhecimento conforma estruturas, sistemas fechados e harmoniosos, com lógicas determinadas e

difícilmente de serem refutadas. Mas identificar os resultados de certas condições dadas é investigar o modo como se concebe a realidade objetiva. O coletivo de pensamento é uma comunidade de pessoas que trocam conhecimentos e estão em influência recíproca, sendo cada um portador do desenvolvimento histórico.

Portanto, para Fleck, as patologias são acontecimentos de extrema complexidade. Não há uma causalidade simples, mas pontos de vistas parciais (de acordo com a especialização científica e a maneira como se observa o fenômeno). Enquanto não se estabelecem como o discurso hegemônico, os estilos de pensamento que orientam a percepção de um objeto de estudo científico são incomensuráveis. Cada “verdadeira” definição sobre o objeto só é possível dentro de um “estilo” ou “coletivo de pensamento”. Estes são práticas discursivas que em uma determinada época refletem crenças de um grupo científico sobre um objeto de estudo. As construções históricas são testadas empiricamente e o desenvolvimento científico está ligado à refutação e ao acerto.

É importante observar, acrescenta Fleck, que tal processo de aprendizagem não é de maneira alguma, extensível *ad infinitum*, mas limitado pelas capacidades cognitivas do cérebro humano. Durante a socialização na maneira de ver de uma especialidade não se perde apenas o olhar ingênuo sobre fenômenos observados, mas também, pelo menos, uma parte do treinamento leva a perceber o mesmo objeto no “estilo” de um outro coletivo de pensamento (LÖWY, 1994, p. 10).

O que se pode assumir da historiografia da sífilis de Fleck é que o conhecimento científico é condicionado pelos estilos de pensamento e os momentos anteriores aos possíveis consensos de como investigar uma doença revelam um contexto social específico. Carrara (1996) diz que quando se define a sífilis como símbolo natural que expressa as relações de parentesco e descendência, vínculos e hierarquias sociais e políticas, as diferenças sexuais e o valor de cada sexo, cria-se também um meio pelo qual as especialidades médicas se posicionam e exercem poder.

A partir das considerações sobre o referencial metodológico de Fleck, apresento a seguir os contextos sociais, as técnicas, as etiologias e as comunidades científicas que moldaram a patologia TDA/H. Os conceitos de proto-idéia, coletivos de pensamento e estilos de pensamento

serão os referenciais teóricos que alinham contextos históricos sociais e a legitimidade do conhecimento científico do transtorno.

1.2 A HIPÓTESE DA DIFUNÇÃO EXECUTIVA DO INIBITÓRIO DA VONTADE

George Still (1868-1941) é considerado, pelos comentadores do TDA/H, o primeiro cientista a vincular o transtorno da atenção a uma “vontade inibitória”. O pediatra era professor de doenças infantis no *Kings College Hospital*, além de autor de livros sobre o comportamento infantil na Inglaterra da virada do século XIX para o XX. Still ficou famoso pela descrição da artrite reumatoide crônica ou “doença de Still” (BARKLEY, 1997; CALIMAN, 2010).

Segundo Barkley (1997), três palestras proferidas por Still no *Royal College of Physicians*, em 1902, intituladas de *Algumas condições psíquicas anormais em crianças*, e publicadas na revista *The Lancet*⁶, são consideradas as primeiras descrições médicas do TDA/H que buscam confirmar a existência biológica do transtorno. A etiologia, a sintomatologia e epidemiologia⁷ são caracterizadas como “defeito de função inibitória”.

Barkley (1997) afirma que a descrição do transtorno por Still partia da hipótese de que havia um defeito moral herdado pelas crianças qualificadas com “mau comportamento”, o que poderia ser analisado pela fisiologia do cérebro. A descrição dos sintomas versava sobre o fato da punição de crianças acometidas pelo transtorno ser ineficaz, além do comportamento agressivo e desafiante que poderia ser associado aos familiares com histórico de criminalidade, alcoolismo e depressão. Outras características herdadas seriam a desatenção e a incapacidade de planejar o futuro. O intelecto não era afetado.

⁶Still, G. (1902, 12 de abril). Some abnormal psychical conditions in children – Lecture I. *The Lancet*, 1008-1012; Still, G. (1902, 19 de abril). Some abnormal psychical conditions in children – Lecture II. *The Lancet*, 1079-1082; Still, G. (1902, 26 de abril). Some abnormal psychical conditions in children – Lecture III. *The Lancet*, 1163-1167.

⁷O significado das palavras corresponde às causas, conjunto de sintomas e grupo de pessoas acometidas pela patologia, respectivamente.

A pesquisa de Still foi realizada com um grupo de vinte crianças com a proporção de três meninos para uma menina, sendo a principal característica a ausência de “volição inibitória”⁸, ou seja, falta de uma ação consciente que proíbe as reações e vontades decorrentes do estímulo nas crianças em contextos diferentes, indivíduos difíceis de controlar, pois desafiam e não reconhecem as regras sociais.

As duas pesquisas [a de Still e também, posteriormente de Barkley] legitimaram a patologia moral como uma condição mórbida independente e real porque biológica e cerebral. O objetivo era e é encontrar a sede fisiológica da vontade, da moral e do autocontrole (CALIMAN, 2010, p. 52).

No início da busca pelas causas que desencadeiam o transtorno, é possível enfatizar que a inserção da criança na sociedade da época tornava-se um problema científico. As crianças eram diagnosticadas pela desobediência aos valores sociais e aos costumes de época, o que seria um sintoma de um possível transtorno. A definição das causas da patologia se dava conforme a análise da falta de controle moral das crianças relutantes e era explicada pelas falhas no desenvolvimento mental ou heranças genéticas de algum familiar “desviante”. Os defeitos “anormais” seriam controlados de acordo com uma “moral normal” (STILL, 1902, p. 1008). Com isso, a disfunção inibitória da vontade era uma patologia moral específica resultante do déficit funcional da ação conjunta da cognição, da consciência moral e da vontade. Eram disfunções de um cérebro moralmente desordenado.

Nem sempre era possível demarcar uma linha precisa entre seu funcionamento normal e anormal, pois essa demarcação, dizia Still, era extremamente arbitrária. Em algumas crianças, sua deficiência era tão extrema e inaceitável para os padrões sociais da época que ela deveria ser mórbida (CALIMAN, 2010, p. 53).

Dentre os sintomas do diagnóstico para identificar a falta de controle moral, Still propôs algumas características para análise clínica: fúria emotiva, crueldade ou malícia, inveja, ausência

⁸ A volição é a capacidade de gerar comportamentos intencionais, a qual necessita de motivação, iniciativa e autoconsciência e o controle inibitório é um processo que objetiva suprimir influências internas ou externas que possam interferir na sequência comportamental em curso.

de lei, desonestidade, promiscuidade, destrutividade, imoralidade sexual e vício – a fúria emotiva, malícia e crueldade eram considerados os sintomas mais frequentes, além da resistência à disciplina e à autoridade.

Se Barkley (1997) aponta Still como o descobridor do efeito neurofisiológico da vontade e da moral em bases cerebrais associada às características geneticamente herdadas, pelo levantamento feito da descrição do transtorno por Still, não é evidente que suas causas sejam em bases biológicas, ou mesmo que haja uma deficiência específica da atenção e hiperatividade. Still baseava-se nos estudos do médico inglês William James (1842-1910) para estabelecer as principais características do transtorno que são a desatenção, o defeito moral e o descontrole da vontade. Associava o esforço da atenção como essencial para o fenômeno da vontade, ou seja, a atenção da criança para um estímulo era decorrente de um controle de suas vontades.

Entretanto, Still não enfatizava de forma demarcada esta característica para a patologia. A falta de atenção poderia estar associada à deficiência da vontade inibitória, pois os sintomas desse déficit seriam as condutas imoral ou amoral, as quais causariam transtornos para o próprio indivíduo e para a sociedade. A questão para Still, portanto, era que a deficiência do controle moral era inaceitável para os padrões sociais da Inglaterra de sua época e deveria ser considerada mórbida, sendo sua hipótese uma disfunção executiva do cérebro ou herdada de algum parente com histórico “desviante” das regras sociais.

Smith (1991) enfatiza que na época, na Inglaterra, havia o conceito de “imbecil moral” que influenciava os estudos na área de saúde feitos por médicos. O conceito era resultado de observações nas prisões inglesas sobre o comportamento dos detentos. Metodicamente registravam se certas punições eram eficientes ou não para recuperar os criminosos. As pessoas categorizadas dessa forma eram consideradas portadores de “defeito mental” e apresentavam propensão ao crime e ao vício. A “insanidade moral”, conceito de origem da desordem do controle moral, passou com o tempo a ser diagnosticada como “imbecil moral”. Eram pessoas de mentes fracas, com defeito mental desde o nascimento ou infância. Tais anormalidades as tornavam incapazes de gerenciar suas próprias vidas com prudência. Nesse sentido, a preocupação com a função social do indivíduo da sociedade inglesa da virada do século XIX para

o XX, a sua inserção e a incorporação pelas instituições sociais – prisões, escolas, manicômios – alimentavam a produção científica de George Still.

A publicação de W. A. Potts⁹, em 1904, também na revista *The Lancet*, é exemplo da influência do paradigma do “imbecil moral” usado em estudos com crianças identificadas com características imorais, as quais eram classificadas como mentalmente fracas e que apresentavam defeito na nutrição nos primeiros anos de vida, além de tendência hereditária ao alcoolismo, à insanidade e à criminalidade. As peculiaridades comportamentais desses indivíduos seriam a preguiça, o egoísmo, a falta de senso de vergonha e de honra. Conforme o modelo, as crianças do sexo feminino seriam mais resistentes à educação moral e religiosa.

Os estudos da época, segundo Caliman (2010), revelam a preocupação dos cientistas com a vida moral e educacional da criança que era tratada como assunto médico desde a primeira metade do século XIX e influenciava a produção científica de Still. O mesmo ocorria com os cientistas preocupados com a inserção econômica e social da criança. A origem do termo “imbecil moral” fundamentava-se na necessidade de fortalecimento das instituições sociais de sua época e Still está inserido neste contexto social e científico. De acordo com Rafalovich (2004), podem ser apontados no “início” da história do TDA/H os discursos da imoralidade e da chamada imbecilidade infantil. Ainda assim, Still pretendia sustentar e progredir nas suas pesquisas no diagnóstico do transtorno convicto de que haveria raízes biológicas para a patologia da moral de crianças com “mau comportamento”.

A hipótese de Still apontava a origem neurológica do defeito de volição inibitória, assim como afirmam os historiadores internos do TDA/H, segundo Caliman (2010). Todavia, a função reguladora e inibitória natural era de fato uma necessidade social. O argumento neurológico não estava devidamente baseado em evidências empíricas e era alinhado a hipóteses comportamentais e sociais, mas reduzido ao fisiológico. Ainda havia estudos que buscavam

⁹ Potts, W. A. (1904). The problem of the morally defective. *The Lancet*, 164(4235), 1210-1211.

desenvolver métodos de treino moral da vontade e da atenção, mas que não necessariamente estavam ligadas às reformas educacionais.

Seguindo os princípios de análise de historiografia da doença propostos por Carrara (1996), a partir dos conceitos de Fleck, esboçarei uma análise dos princípios que permeiam a análise do TDA/H: i) *princípio moral-orgânico*: a doença era considerada uma hipótese de defeito moral geneticamente herdado ou de causas cerebrais. O “defeito” era definido pelos primeiros cientistas que investigaram a “vontade inibitória” de acordo com a “moral-normal” da época, ou seja, o sujeito “anormal” possuía um defeito de controle moral. A criança disruptiva, que não se adequava ao regime escolar da época, poderia ter um defeito cerebral ou mesmo herdado genes de parentes viciado em álcool, prostitutas ou prisioneiros, que eram os sujeitos “anormais” que subsidiavam as causas do controle moral e a concepção orgânica de seu corpo. A associação da moralidade/imoralidade às possíveis causas genéticas e orgânicas é o que caracterizava a *differentia specifica* do futuro transtorno.

A doença era interpretada, portanto, como um desajuste às regras sociais então vigentes e a criança que “desviava” da normalidade e das condutas exigidas era hipoteticamente defeituosa em seu cérebro ou em seus genes. Era tarefa dos cientistas-médicos, portanto, investigarem a “anormalidade” hipoteticamente cerebral e hereditária para encontrar meios de reinserção social da criança disruptiva. Esta concepção que marca a *differentia specifica* da doença é a proto-idéia do TDA/H, uma concepção científica que orientou as futuras pesquisas do transtorno.

1.3 AS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

Ao lançar as bases da possível disciplina moral através da investigação de uma suposta patologia, os artigos de George Still inauguraram as investigações científicas sobre o comportamento desatento de crianças enquanto um transtorno mental, com a hipótese das causas serem de origem hereditária ou de defeito cerebral. No decorrer do percurso histórico do conhecimento produzido para a delimitação da fronteira do futuro TDA/H, esta hipótese é precursora e sedimenta os futuros estudos sobre os aspectos neurológicos e genéticos da patologia.

As primeiras décadas do século XX constituem o contexto em que a psicologia e a pedagogia buscaram legitimidade científica para desenvolverem suas teorias com bases “biológicas” (no caso do transtorno de atenção, a neurologia e a genética) da moral. Este contexto histórico e social do surgimento da patologia estava relacionado à preocupação da sociedade com o alcoolismo, a prostituição e a delinquência, em paralelo ao fortalecimento de suas instituições sociais como meio de atuação sobre as condutas “imorais” de uma sociedade, que no caso de Still, era a Inglaterra da virada do século XIX para o XX.

Como a patologia ainda carecia de bases empíricas para definir a sua etiologia e estabelecer a pletora sintomatológica, segundo Barkley (1997) e Cartwright (1995), em 1917, Constantin Von Economo (1876–1931), um neurologista do Império Áustro-Húngaro investigou a epidemia da *influenza* e descreveu-a como “encefalite letárgica”, considerada uma das classificações precursoras do TDA/H. As sequelas desta doença em crianças eram nomeadas de “transtorno comportamental pós-encefalítico” e compreendia quadros de alterações cognitivas e comportamentais, tendo como características a sonolência, a letargia e principalmente tremores que eram associados como sintomas semelhantes aos do mal de Parkinson.

Em paralelo às investigações de Von Economo, Cartwright (1995) aponta que no mesmo contexto, mas nos Estados Unidos, Frederick Tilney (1875-1938), em 1918, realizou seus estudos sobre a encefalite com enfoque na infectologia e bacteriologia a partir do uso de tecnologias visuais da época, cujo objetivo era buscar as causas da doença por meio da visualização cerebral. Seria a possibilidade de identificar as causas de uma epidemia, que era um problema para a saúde pública, através de tecnologias visuais.

Para a neurologia nova-iorquina, a encefalite trazia uma esperança: a vinculação do saber neurológico ao campo da saúde pública e à pesquisa laboratorial, uma das ciências valorizadas da época. Através de seu estudo, a neurologia e a psiquiatria abandonariam a prática diagnóstica incerta e vaga, e sua importância no cenário científico nacional e internacional seria finalmente reconhecida. A autoridade neurológica precisava ser construída, e a encefalite parecia oferecer o modelo de investigação a ser seguido (CALIMAN, 2010, p. 58).

Em paralelo aos estudos da encefalite e das técnicas visuais, Charles Bradley (1902–1979), entre as décadas de 1930 e 1940, realizou pesquisas que influenciaram na terapêutica da criança

com distúrbios de comportamento vinculados à vontade e à atenção. O cientista realizava testes de pneumoencefalografia, radiografia do encéfalo e das cavidades ventriculares cerebrais, com injeção de gases como meio de contraste para detectar uma melhor visualização da estrutura do cérebro. As crianças que faziam os testes reclamavam de dores de cabeça após as radiografias e Bradley justificava ser devido a possível perda de fluídos da coluna vertebral – a benzedrina. Como contrapartida, o cientista indicava o uso da benzedrina nas crianças com sequelas após os testes. Utilizar a benzedrina nesses casos seria uma forma de estimular o plexo coróide do cérebro a produzir fluído espinhal e recompor a perda dos fluídos que ocorria na realização dos testes¹⁰.

Entretanto, os pacientes não deixaram de sentir as dores de cabeça com a administração de benzedrina. Mas os professores relataram que as crianças melhoraram seu desempenho escolar após o uso da droga. Em 1944, a benzedrina foi sintetizada por Leandro Panizzon (1878-1967) e passou a ser o metilfenidato; em 1954 foi patenteado pela Ciba-Geigy Pharmaceutical Company¹¹, sendo comercializado em 1955 com o nome de Ritalina – nome dado em homenagem à esposa de Panizzon, Margherite Panizzon, cujo apelido era “Rita”.

Segundo Angell (2011), a administração de fármacos na prática médica se espalhou como técnica hegemonicamente utilizada pelas “psicociências” e se baseava na teoria de que as doenças mentais são causadas pelo desequilíbrio químico do cérebro. A origem histórica da farmacoterapia para as doenças mentais é da década de 1950 com os trabalhos de Henri Laborit (1914–1995) sobre paludismo, tuberculose e doença do sono, com a prometazina que traz efeitos de “quietude eufórica” e as técnicas de lobotomia cerebral do neurologista Egas Moniz (1874–1955), que ganhou o prêmio Nobel de Medicina em 1949.

¹⁰ BRADLEY M.D., C. 1902-1979. *American Journal of Psychiatry*, jul. 1998, 155:968. Disponível em <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/citemap?id=ajp;155/7/968>>

¹¹ Empresa que entrou em processo de fusão com a Sandoz em 1996 e criou a Novartis, que atualmente ainda comercializa a Ritalina.

Com o tempo, as investigações clínicas e epidemiológicas sobre a encefalite perderam força. Os tratamentos criados para a doença eram insuficientes e dificilmente disponibilizados pelos laboratórios, por mais que suas vítimas fossem ainda tratadas em instituições para epiléticos, mentalmente fracos e doentes de Parkinson. Mesmo com a indeterminação da origem e causa da doença, ela ficou associada à fisiologia cerebral, pois assim como o “imbecil moral” e a ausência da volição inibitória da Inglaterra da virada do século, a encefalite letárgica possuía sintomas parecidos com o diagnóstico que George Still descrevia, principalmente relacionados ao descontrole dos movimentos que o indivíduo realizava devido a algum dano fisiológico dos neurônios, com a possibilidade de visualização pelas técnicas pesquisadas por Tilney.

É importante ressaltar também que os estudos de Bradley resultaram na produção do fármaco que ainda hoje é muito utilizado na terapêutica da criança com déficit de atenção. É interessante notar que suas pesquisas não estavam necessariamente voltadas ao estudo do comportamento da criança, ou da parte fisiológica do cérebro que estava associada ao controle da vontade e da atenção, mas os efeitos colaterais nas crianças em suas pesquisas com pneumoencefalografia foi determinante para a futura terapêutica farmacológica que busca a otimização do comportamento de crianças desatentas com a síntese do metilfenidato e para o início dos estudos laboratoriais com fins comerciais sobre o fármaco.

De forma a sintetizar esta seção e associar aos princípios e conceitos de Fleck, pode-se apontar para a historiografia do TDA/H o (ii) *princípio etiológico-técnico*: os estudos sobre a encefalite letárgica somam-se à hipótese do “defeito de função inibitória” na formatação de sua etiologia que ainda não era definitiva. Os testes para evidenciar a encefalite começaram a fazer parte da história do TDA/H, principalmente pelas técnicas de visualização cerebral que passaram a ser cada vez mais utilizadas nas pesquisas do transtorno. Outra técnica vinculada ao defeito da atenção era o uso do metilfenidato. Os testes de Charles Bradley resultaram na administração da benzedrina em crianças que sofriam de dor de cabeça após os testes de pneumoencefalografia. Como resultado, as crianças passaram a ter melhor desempenho em sala de aula e não necessariamente diminuíram as dores. O patenteamento do metilfenidato e sua comercialização representam a oficialização da técnica farmacológica que percorrerá toda a história do transtorno até os dias atuais, meio de controle social das crianças com problemas de atenção e

hiperatividade. A busca pela definição da etiologia do transtorno e as técnicas de investigação de encefalite são os principais acontecimentos desse período histórico.

1.4 EM BUSCA DA SINTOMATOLOGIA E A OFICIALIZAÇÃO DA DOENÇA

O percurso apontado até então revela que a sintomatologia da patologia não era consenso entre os pesquisadores associados a sua historiografia. Pode-se afirmar que o limite do que é normal ou patológico ainda era construído pela hipótese do déficit das funções cerebrais ou pela hereditariedade de patologias e reforçado pelas técnicas de visualização cerebral e do patenteamento da benzedrina, fármaco que atua nas secreções químicas do cérebro. No curso histórico da patologia, as técnicas, os conhecimentos e as biografias dos cientistas se entrecruzam para dar legitimidade ao futuro transtorno.

Até as décadas de 1920 e 1930, Bakker (2001) e Porter & Gijswijt-Hofstra (2001) enfatizavam que a análise psicodinâmica do comportamento da criança ainda estava baseada em explicações biológicas e cerebrais e que o descontrole de certos impulsos era resultado de mudanças orgânicas. Lima (2005) aponta como importante para a consolidação da patologia os estudos de Alfred Strauss (1896-1957) e Laura Lehtinen (1919-2005), de 1947, feitos com pacientes com “transtorno comportamental pós-encefálico”, cujo diagnóstico estava associado a uma lesão do sistema nervoso central do cérebro e passou ser denominado de “lesão cerebral mínima”, sendo o termo “lesão” trocado por “disfunção” – *minimal brain disfunction* (Disfunção Cerebral Mínima – DCM). Em 1962, o termo é divulgado pela *British Spastics Society* e disseminado no campo médico.

Com o novo diagnóstico do DCM, presumia-se que as crianças, que anteriormente tinham “ausência de volição inibitória”, que desencadearia problemas de controle da vontade e consequentemente um comportamento “amoral” ou “imoral”, deveriam então ser tratadas como portadoras de uma lesão na estrutura cerebral com a etiologia associada à sintomatologia da encefalite letárgica. A disfunção explicaria dificuldades de aprendizado, de linguagem e principalmente de comportamento. O novo diagnóstico, portanto, passou a delimitar o transtorno em crianças com conduta hiperativa, desatenta, antissocial, e recaía sobre elas “a suspeita ou o

desejo de que portassem um mau funcionamento ou imaturidade em seus cérebros, garantindo que seus desvios permanecessem referidos ao registro fiscalista” (LIMA, 2005, p. 63).

Werner Jr. (1997) salienta que nos Estados Unidos a aceitação do termo DCM foi rapidamente disseminada entre especialistas. Após a Segunda Guerra Mundial, o país passou por um período de prosperidade, mas na década de 1960 houve uma crise cultural, social e política que afetou a estabilidade da família norte-americana representada pelo aumento no número de divórcios, suicídios e uso de tranquilizantes¹². Indícios de uma sociedade que passava por transformações. A classe média passou a demandar explicações para o distúrbio de comportamento de seus filhos e o “fracasso acadêmico” dos mesmos. As autoridades médicas e sanitárias passaram a exercer papel importante no tratamento dos “malcomportados” e que eram diagnosticados sob a influência do paradigma do DCM. Ou seja, as possíveis explicações sociais, econômicas e culturais para as transformações de uma sociedade passaram a ser avaliadas pelo discurso científico como “disfunções cerebrais”¹³.

Neste percurso histórico, a sintomatologia da criança desatenta e com falta de controle de suas vontades passa por uma série de critérios e características que não conseguem se sustentar por meio de evidências empíricas. Por outro lado, os aspectos técnicos, como as tecnologias de visualização, a publicação de avanços em estudos com as doenças epidêmicas através da análise

¹² Zimmerman; Buggermeister, (1958) *apud* Lima (2005) relatam que o metilfenidato passou a ganhar cada vez mais espaço como tratamento terapêutico utilizado para a astenia e depressão.

¹³ Whitaker (2010) aponta que a introdução de psicoativos no mercado se deu na década de 1950, como exemplo o Amplitil (clorpromazina) em 1954, para acalmar pacientes psicóticos e principalmente esquizofrênicos; em 1955 o Miltown (meprobamato) para tratar ansiedade; e em 1957 o Marsilid (iproniazid), energizador psíquico para tratar a depressão. Estes fármacos constituem as principais categorias que transformam a psiquiatria norte-americana baseada nas categorias ansiedade, psicose e depressão. Entretanto, não se sabia ao certo os efeitos dos remédios que com o tempo alteravam o estado mental dos pacientes. Na década seguinte, pesquisadores descobriram que essas drogas afetavam níveis de certas substâncias no cérebro. Neste sentido, nos Estados Unidos da América a ciência psiquiátrica da metade do século XX nascia do encontro de diversos estilos de pensamento: “(...) o processo da biologização das doenças mentais vinculadas à descobertas psicofarmacológicas; desenvolvimento do campo neurocientífico e de suas tecnologias de imagem cerebral; o crescimento da pesquisa neurobiológica; a criação do Instituto de Saúde Mental; o advento da tecnologia genética, biofísica e bioquímica; o estabelecimento, entre os anos de 1940 e 1970, do que Rheinberger (2000) chamou de novo paradigma biológico molecular” (CALIMAM, 2009, p. 136)

da estrutura do cérebro e a produção farmacológica constituem um eixo que passa a organizar os estudos do futuro TDA/H.

As especialidades que surgiram em torno das crianças em idade escolar, em decorrência do DCM, constituem um fato que revela a dificuldade de aprimorar as causas da patologia pelas diversas características que foram até então levantadas no percurso histórico do TDA/H. Neste itinerário dos sintomas e da busca das causas do transtorno, é possível perceber que categorias descritivas nos diagnósticos que passam a identificar as crianças desatentas como “lesão” ou “disfunção” com o tempo são deixadas de lado, mas o sentido das pesquisas que buscavam definir a etiologia ainda carregava a noção de anormalidades da estrutura neurológica que eram explicadas pelas disfunções das vias nervosas. Sintomas como a motricidade, a atenção, a cognitividade, o controle de impulsos, os sinais neurológicos foram associados às deficiências de linguagem e aprendizado diminuindo a pletora sintomatológica.

Essa delimitação mais específica proporcionou aos quadros uma maior validade e confiabilidade científicas, preparando-os para a desejada adequação aos padrões da medicina tecnológica e da psiquiatria biológica que iriam se tornar referencial hegemônico nas décadas seguintes (Lima, 2005, p. 67).

Se o DCM apontava a deficiência ou a disfunção do cérebro como a causa principal para detectar o fracasso acadêmico de filhos da classe média norte americana da década de 1960, Barkley (1997) explica que na década de 1950 o foco sintomático tem outra origem do seu atual significado etiológico que é a hiperatividade, ou a diminuição da conduta hipercinética. Em 1957, Maurice Laufer (psiquiatra infantil, 1914-) utilizava eletroencefalografia em seus estudos, Eric Denhoff (neurologista infantil, 1913-) e Gerald Salomons (pediatra) propuseram a categoria “síndrome de impulso hipercinético” para descrever a ação de uma estrutura cerebral específica que o tálamo não realizava em relação ao funcionamento normal de “filtragem” dos estímulos no sistema nervoso central e as crianças acometidas pelo mau desempenho cerebral apresentavam atividade motora muito acima da média de outras crianças da mesma faixa etária. Em 1960, a categoria diagnóstica passou a ser a “síndrome da criança hiperativa”. O sintoma se estrutura enquanto uma hiperatividade fisiológica e não mais um dano.

Em paralelo à busca dos critérios que definissem a etiologia e a sintomatologia da patologia, a Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association – APA*) divulgou a primeira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-I) em 1952, mas a categoria “reação hipercinética da infância ou adolescência” só foi incluída na segunda edição do manual (DSM-II)¹⁴ de 1968. A criação do manual estava de acordo com um contexto da criação e internacionalização e órgãos internacionais, cuja inspiração estava na *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID) feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A síndrome hipercinética da infância é incluída apenas na 9ª edição da classificação, em 1975.

A partir da ênfase na hiperatividade química do cérebro como causa definidora da “síndrome da criança hiperativa”, muitas pesquisas passaram a investigar a patologia e, na década de 1970, ganhou destaque o grupo de Virgínia Douglas, da Universidade de McGill do Canadá, que trabalhava com a noção da hiperatividade para dificuldades de atenção e controle de impulsos. Os critérios para a identificação da patologia seriam: a manutenção da atenção e esforço, a inibição do comportamento impulsivo, a modulação dos níveis de alerta e o adiamento de recompensas, o que implica em uma inclinação pelo esforço imediato (BARKLEY, 1997). O DSM III passou a ser profundamente influenciado pelo trabalho de Virginia Douglas, no qual a Desordem do Déficit de Atenção (DDA) ganhava as características da hiperatividade.

Virgínia era líder de um grupo de pesquisadores (...) que buscavam redefinir a desordem da hiperatividade de uma forma consistente e empiricamente válida (...). O objetivo era possibilitar a medida dos déficits atentos e cognitivos em um nível mais profundo do que permitido pela observação comportamental (Caliman, 2009, p. 137).

O grupo de pesquisas de Virgínia Douglas passou a exercer papel importante para identificar a patologia e suas manifestações por bases moleculares e neurofisiológicas. É dentro

¹⁴ Lima (2005) destaca que na formação do manual, o termo “reação” foi motivo de muitas controvérsias entre os pesquisadores da categoria. Apesar de alguns deles acreditarem em uma causa biológica do transtorno, o termo “reação” indicava a existência de fatores ambientais e psicológicos na origem da inquietude da criança, uma tendência psicanalítica que indicava que a causa do transtorno estava vinculada à vida familiar e social da criança.

deste contexto que surge o diagnóstico do DDA como categoria psiquiátrica. A atenção era o aspecto definidor do transtorno nas décadas de 1960 e 1970, amplamente estudado por médicos e educadores e era considerada um fator diagnóstico impreciso e subjetivo. Caliman (2009) aponta que, na década de 1970, um neurocientista chamado Monte J. Meldman (1927-) defendeu a tese da possibilidade de reescrever as patologias mentais e da emoção como patologias da atenção sendo a sua justificativa metodológica. Os níveis de atenção e estímulo cerebrais poderiam ser medidos e visualizados por técnicas já criadas em seu tempo. A atenção poderia ser então medida, quantificada e analisada qualificando-a através de critérios mais precisos que seriam os biológicos. Na década de 1980, a Tomografia Computadorizada (TC) e a Eletroencefalografia Quantitativa (EEG) foram tecnologias visuais criadas que investigam anomalias em determinadas estruturas e atividades cerebrais na realização de determinadas tarefas. As técnicas ganharam espaço nas pesquisas envolvendo a neuroimagem do cérebro com TDA/H.

Baseado nos princípios analíticos da historiografia do conhecimento científico de Fleck aponto um terceiro princípio que historicamente orienta as pesquisas do TDA/H nesta seção, o (iii) *princípio neurológico-oficial*: observações clínicas e experiências de investigação da origem neurológica do defeito da atenção que apuram a etiologia da doença – a disfunção cerebral mínima e a síndrome da criança hiperativa. A hiperatividade fisiológica passa a ser considerada um critério preponderante na causa da doença em contraponto ao defeito da atenção e também pela falta de benzedrina no cérebro que causava dores de cabeça em crianças nos testes de Bradley, que de forma “não-oficial” era critério preponderante na delimitação da desordem. A criação dos manuais internacionais que orientavam as pesquisas nas psicociências passou a fazer parte da história do transtorno, uma vez que a sua inclusão como categoria diagnóstica em 1968 foi o momento de tornar “oficial” sua existência para as ciências que o investigavam.

Também a presente seção pode ser interpretada pelo conceito de estilos de pensamento de Fleck. A utilização de técnicas que investigam as causas neurológicas do transtorno possuem influências das hipóteses originais de George Still, das técnicas que buscavam evidenciar por meio de visualização cerebral a encefalite letárgica, e o defeito cerebral da atenção “corrigido” com o metilfenidato são experiências científicas que passaram a orientar as pesquisas sobre o transtorno, como pôde-se verificar com a ascensão do grupo de pesquisas de Virginia Douglas e

das pesquisas de Meldman. O conceito futuro do TDA/H como característica do corpo biológico começa então a se delinear com maior clareza, no nexo entre as diversas formas de diagnóstico e as bases científicas que buscam explicar e delimitar a sintomatologia da doença.

1.5 RUMO AO ATUAL ESTATUTO DA PATOLOGIA E A MEDICALIZAÇÃO DO TDA/H

As diferentes formas de diagnosticar e compreender cientificamente o TDA/H analisados acima – a deficiência do inibitório central do cérebro como causa do comportamento imoral; os estudos com fármacos; as tecnologias visuais cerebrais; as mudanças na causalidade (de dano para hiperatividade cerebral); a divulgação da “doença” a partir de arranjos institucionais e políticos; a ênfase nos estudos neurológicos a partir de testes quantitativos – são acontecimentos históricos fundamentais que sintetizam e lançam as bases da etiologia e sintomatologia da patologia e tornam a sua evidência real de uma forma muito específica. Essa forma passa pela sua ontologia de entidade biológica, neurológica, quantificada, oficial e, portanto, comprovada por meios científicos.

No DSM-III¹⁵, de 1980, a patologia passa a ser descrita, então, como “distúrbio do déficit de atenção”, mas que incluía um subtipo para melhor definir a característica sintomatológica: com ou sem hiperatividade. Nesta nova descrição, segundo Lima (2005), o subtipo foi um critério que resultou no aumento do diagnóstico de crianças sem nenhuma hiperatividade, que pode ser simplesmente desatenta ou com dificuldades escolares, por exemplo. Diller (1998) reforça que

¹⁵Daniel Carlat (2010) enfatiza que o DSM-III foi realizado na época em que Robert Spitzer foi o supervisor do manual. O professor de psiquiatria de Universidade de Colúmbia tinha como objetivo trazer para a nova edição uma defesa do modelo médico aplicado aos problemas psiquiátricos, em detrimento das antigas primeiras versões, muito criticada pelos psiquiatras, baseadas em um modelo freudiano da doença mental - os conflitos inconscientes iniciados na infância teriam influências na mente do indivíduo, e não nos defeitos do cérebro, e resultariam na condição da saúde mental. Publicado em 1980, a terceira versão do Manual possuía 265 diagnósticos ao invés dos 182 da edição anterior. A publicação do manual era a possibilidade de considerar a Psiquiatria, também, uma especialidade da medicina.

esta descrição possibilitou, também, a inclusão de adultos no diagnóstico aumentando o grupo epidemiológico¹⁶.

O DSM-III é uma síntese da interpretação do paradigma neurobiológico ocorrido dentro da pesquisa clínica psiquiátrica que permitiu a classificação diagnóstica das doenças mentais, sendo a representação da autoridade científica e da neutralidade. Os pesquisadores responsáveis pela elaboração do manual tinham como:

(...) objetivo construir um sistema diagnóstico baseado em evidências científicas neutras (...) resgatava a antiga psiquiatria biológica de Kraepelin (1856-1926) e lhe emprestava um novo colorido ao apoiá-la na pesquisa epidemiológica, estatística, psicotécnica e experimental da época (CALIMAN, 2009, p. 136).

Lima (2005) aponta que até o DSM-III/R (revisado) uma série de críticas foram feitas aos critérios de diagnóstico do DDA que enfatizava a característica da “atenção” e na revisão desta versão do manual a patologia ganhou bases de seu estatuto atual “transtorno do déficit de atenção/hiperatividade” (TDA/H). A discussão em torno de qual característica deveria ser preponderante como critério diagnóstico permaneceu até o DSM-IV, com a inscrição de três subtipos para o diagnóstico: desatento, hiperativo/impulsivo e combinado¹⁷. A mudança nos critérios de diagnóstico do transtorno estava aliada às pesquisas com técnicas de imagens cerebrais e pesquisas neurológicas que envolviam os estímulos da atenção e reforçavam o papel dos três subtipos como critérios elementares da evidência da patologia.

¹⁶Em paralelo à possibilidade de enquadrar um maior número de portadores do distúrbio, através da redefinição dos critérios dos diferentes DSM's, a *Food and drug administration* (FDA) aprovou a prescrição da Ritalina em 1961. Diller (1998) aponta que já em 1970 haviam estimativas que cerca de 150 mil crianças estavam sob uso do medicamento; em 1980 o número passou de 270 mil para 541 mil. O aumento do consumo e da produção do fármaco estava associado às investidas da visão molecular e neurocientífica para desordens de humor, cognição, afeto e conduta relacionadas aos estudos de neurotransmissores específicos e das origens genéticas de cada desordem contida no manual. A psicofarmacologia também descobria novas drogas que atuavam na correção neuroquímica específica de cada patologia.

¹⁷ É preciso enfatizar que no CID-9, feito em 1975, a hiperatividade já estava na descrição da patologia e era um critério determinante para o seu diagnóstico. Em sua revisão, em 1992, foi nomeado como “transtorno hipercinético”.

Na década de 1990, Russell Barkley acrescentou novas perspectivas para a compreensão da etiologia da patologia com pesquisas que envolviam a genética, a neuroquímica dos sistemas neurotransmissores, a análise do inibitório cerebral e a investigação laboratorial animal. Toda essa perspectiva da “década do cérebro”, proclamada pelo governo norte-americano, apareceu oficialmente no DSM-IV¹⁸.

Segundo Caliman (2009), na década de 1990, nos Estados Unidos, a publicação de muitos livros que se tornaram *bestsellers* e a exposição publicitária da Ritalina (medicamento mais conhecido e utilizado para o transtorno) fizeram com que a legislação americana garantisse a assistência financeira federal e local à educação para crianças com déficits de aprendizagem e o diagnóstico passou a ser visto como desordem do desenvolvimento que poderia tornar-se crônica e incurável até a fase adulta¹⁹. Se até então o TDA/H se constituía como uma patologia para a qual empresários da indústria farmacêutica, pais, professores, psiquiatras e outras especialidades eram relevantes para a formação de um estatuto oficial da patologia, a partir de 1990, o próprio transtorno passou a ser argumento e representação de luta por direitos civis em decisões judiciais. A psicofarmacologia, por sua vez, passa cada vez mais a realizar estudos sobre o transtorno e a produzir estimulantes para melhorar o desempenho cerebral que aumentavam a concentração e a memória – tecnologia da otimização do cérebro. O TDA/H, portanto, passou a ser administrado através da prevenção do risco ao desenvolvimento de futuros problemas médicos, sociais e econômicos.

As estatísticas americanas eram também econômicas e baseavam-se nos custos médios e sociais do transtorno. (...) Além dos gastos com seguros de saúde, medicamentos, consultas e tratamentos, elas analisavam o impacto econômico da criminalidade entre indivíduos com TDAH,

¹⁸Daniel Carlat (2010) aponta que o DSM-IV, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria, vendeu um milhão de exemplares e um quinto do financiamento da associação veio da indústria farmacêutica. Também relata que na produção do DSM-IV, dos 170 colaboradores 95 tinham vínculos financeiros com laboratórios farmacêuticos, inclusive todos os colaboradores das seções sobre transtornos de humor e esquizofrenia.

¹⁹ Ainda de acordo com a autora, na época, eram medicados pelo transtorno 4,33% das crianças e adolescentes americanos com idade entre 4 e 17 anos.

vinculados ao desemprego ou constante trocas de empregos – considerados características marcantes da vida profissional do adulto com TDAH – e os custos relacionados aos frequentes acidentes automobilísticos envolvendo indivíduos com TDAH (MATZA, PARAMORE & PRASAD, 2005 apud CALIMAN, 2009, p. 138).

A perspectiva de gerenciamento dos custos sociais futuros que o transtorno podia causar representava a necessidade do controle para evitar o perigo, a violência, a criminalidade e a baixa produtividade; reforçada pela produção científica que afirmava que o transtorno possuía origem na biologia neuroquímica dos comportamentos impulsivos e violentos, os quais poderiam ser tratados com a prevenção farmacológica. Esta referência clínica e diagnóstica compreende um eixo que une práticas de origem da biomedicina, principalmente baseada em conhecimentos da neurologia e genética.

Appaix (2011) irá apontar que nos tratamentos farmacológicos de doenças mentais as respostas ao tratamento são inconclusivas e, por isso, são pontos de controvérsia acerca do TDA/H. Em curto prazo, alguns sintomas tendem a ser diminuídos, mas em longo prazo, a administração de remédios pode trazer alterações irreversíveis no cérebro e discinesias tardias, como movimentos incontroláveis do rosto, principalmente da mandíbula, e a protrusão repetitiva da língua. Estudos longitudinais (que não são feitos pelos laboratórios) demonstram que os fármacos, com o passar do tempo, deixam de fazer efeito para muitos pacientes e os sintomas aparecem cada vez mais fortes, são agravados. A resposta dos laboratórios para esse estudos é que, nestes casos, a terapia foi inadequada (e deve-se arranjar outra química) ou as doses foram insuficientes.

A explosão publicitária e os debates envolvendo a patologia, seu diagnóstico e sua terapia são aspectos que, segundo Caliman (2008), passaram a tornar a patologia controversa. Muitos críticos passaram a questionar o consenso criado em torno da legitimidade do diagnóstico do TDA/H. O crescente número de pesquisas sobre a doença e sobre o número de diagnósticos, o aumento de processos legais que demandavam direito à educação especial e o aumento da prescrição dos estimulantes, além do aumento das vendas destinadas pelo governo dos EUA ao metilfenidato, geravam a disseminação de um clima de suspeita. Segundo a autora, as estatísticas sustentam a controvérsia. Nos EUA, em 1999, a produção do metilfenidato aumentou em 700%,

sendo origem de 85% da produção mundial (lembrando que a droga não é comumente usada entre outras patologias, com exceção da narcolepsia); 7% da população mundial haviam sido diagnosticadas com o transtorno.

Em Janeiro de 2002, Russell Barkley organiza o *International Consensus Statement on ADHD* como resposta à hesitação criada em torno da condição científica do TDA/H. O Consenso aponta que o indivíduo portador do transtorno manifesta a deficiência séria em algum mecanismo físico ou psicológico comprovado na comparação com indivíduos da mesma faixa etária, taxas de mortalidade e morbidade, prejuízo em atividades vitais (educação, relações sociais, funcionamento familiar, independência e autossuficiência, vida profissional etc). O TDA/H, seguindo estes critérios estabelecidos pelo consenso, seria cientificamente e clinicamente comprovado.

O Consenso também reforça as causas biológicas, genéticas e cerebrais do transtorno influentes no desenvolvimento da patologia. Isso devido ao avanço de pesquisas que comprovam e levantam dados pelas tecnologias da imagem cerebral e da pesquisa molecular genética. O crescimento de pesquisas na década de 1980 sobre a visualização do cérebro com TDA/H é reflexo da ênfase que a psiquiatria passa a dar às tecnologias de visualização cerebral como instrumento privilegiado de identificação e legitimação do conhecimento produzido sobre a patologia. É possível, a partir de então, diferenciar o cérebro “normal” do “anormal”. O transtorno é real, pois é comprovado biologicamente, é possível visualizá-lo e observá-lo.

O recorte feito até então revela o caráter histórico da construção diagnóstica do transtorno, que segundo Serpa Jr. (1994) vai contra toda a pretensão dos construtores da patologia. Esta possui critérios que, em certos momentos, são semelhantes e/ou que se diferenciam desde a proto-idéia da criança que hipoteticamente herdava geneticamente ou possuía um defeito cerebral da desatenção e mau comportamento. Critérios que passam pela identificação das fronteiras de outra doença (encefalite letárgica), cujas bases de investigação e produção de conhecimento são discutidas (causas biológicas ou causas sociais), passam por rearranjos institucionais (os diversos manuais e classificações) que fazem parte de uma superfície que, para os “construtores” da patologia, é uma realidade última, “uma descoberta à espera de seu descobrimento”.

Essa concepção encaixa-se perfeitamente na empreitada reducionista dos arquitetos do TDA/H. A pesquisa psiquiátrica estaria nos aproximando da realidade última do transtorno, entendido como entidade ‘natural’, a-histórica e a-cultural, cuja verdade encontra-se repousando na bioquímica cerebral e acorrentada à genética da espécie (LIMA, 2005, p. 71).

Diller, (1998) aponta que na psiquiatria europeia o transtorno foi caracterizado pela presença da hiperatividade e foi tratado como distúrbio de comportamento relacionado a causas ambientais do contexto social da criança, com isso usava-se menos medicação como forma terapêutica. Barkley (1997) aponta que nos EUA crianças inquietas que agem irrefletidamente possuem o transtorno a partir de causas biológicas e há um grau maior, em relação à Europa, de uso de medicamentos para o tratamento. Barkley é um dos autores que defendem a forma desatenta ou o transtorno de origem neurológica na definição da patologia, sendo esses critérios ligados a uma fisiopatologia hiperativa-impulsiva.

Nesta seção para a análise do contexto histórico recente das investigações do TDA/H é apontado o (iv) *princípio medicalizante-controverso*: o TDA/H, oficializado pelos órgãos internacionais de pesquisa na psiquiatria, insere-se em um contexto de aumento do diagnóstico da patologia associada ao consumo de fármacos utilizados na sua terapia. A medicalização da infância torna-se uma prática constante e o aumento da epidemiologia para diagnosticar adultos são práticas que são colocadas em dúvida devido aos interesses da indústria farmacêutica em promover a “doença” como forma de auferir lucros. A prática clínica passa, cada vez mais, a ter papel preponderante, seja nos cuidados do aluno que desvia da norma social – e dessa forma a escola se desresponsabiliza pelos próprios problemas enfrentados na educação das crianças –, seja na promoção da terapia com fármacos e nos cuidados dos riscos futuros que adultos desatentos podem apresentar para a sociedade, uma forma de controle social através da tecnologia farmacológica. Diante desse contexto controverso, Russel Barkley elaborou encontros internacionais entre cientistas da psiquiatria e neurociência para estabelecerem o consenso que a patologia “existe”.

1.6 DA ÚLTIMA CLASIFICAÇÃO DO TRANSTORNO

Por fim, aponto a seguir os critérios presentes no DSM-IV/RT e no CID-10 que orientam o diagnóstico e pesquisa do TDA/H.

Dentre os critérios para o diagnóstico, seis ou mais sintomas da *falta de atenção* devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

- a) Com frequência não presta atenção nos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
- b) Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) Com frequência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra;
- d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamento de oposição ou por incompreensão das instruções);
- e) Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) Com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como trabalhos escolares e deveres de casa);
- g) Com frequência perde coisas necessárias para tarefas e atividades (exemplo: 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.

Seis ou mais dos seguintes sintomas de *hiperatividade-impulsividade* persistiriam pelo menos durante seis meses com uma atividade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

- a) Frequentemente agita as mãos ou pés ou se remexe na cadeira;
- b) Frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- c) Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (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 precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- h) Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- i) Frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (exemplo: em conversas ou brincadeiras); (APA, 2002).

Dentre os critérios da sintomatologia, somam-se mais outros que são gerais para definir o transtorno: alguns sintomas da hiperatividade-impulsividade ou desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos sete anos de idade; algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho ou em casa); deve haver claras evidências de comprometimento clinicamente importante no funcionamento acadêmico ou ocupacional; os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Global de Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo: Transtorno de Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno de Personalidade) (American Psychiatric Association, 2002).

Também, dentro das diretrizes diagnósticas do CI-10 da OMS, podemos apontar:

(...) as características fundamentais são atenção comprometida e hiperatividade: ambas são necessárias para o diagnóstico e devem ser evidentes em mais de uma situação (por exemplo, casa, classe, clínica).

A atenção comprometida é manifestada por interromper tarefas prematuramente e por deixar atividades inacabadas. As crianças mudam frequentemente de uma atividade para outra, parecendo perder o interesse em uma tarefa porque se distraem com outras (embora estudos de laboratório geralmente não mostram um grau inusual de distrabilidade sensorial ou perceptiva). Esses déficits na persistência e na atenção devem ser diagnosticados apenas se forem excessivos para a idade e QI da criança.

A hiperatividade implica em uma inquietação excessiva, em especial em situações que requerem calma relativa. Pode, dependendo da situação, envolver correr e pular ou levantar do lugar quando é esperado ficarem sentadas, loquacidade e algazarra excessivas ou inquietação e se remexer. O padrão para julgamento deve ser que a atividade é excessiva no contexto do que é esperado na situação e por comparação com outras crianças da mesma idade e QI. Este aspecto de comportamento é mais evidente em situações estruturadas e organizadas que necessitam de um alto grau de autocontrole de comportamento.

Os aspectos associados não são suficientes ou mesmo necessários para o diagnóstico, mas ajudam a sustentá-lo. Desinibição em relacionamentos sociais, imprudência em situações que envolvem algum perigo e zombarias impulsivas das regras sociais (como mostradas por intromissões e interrupções das atividades dos outros, respostas prematuras a questões antes que elas tenham sido completadas ou com dificuldades de esperar sua vez) são todas características de crianças com esse transtorno.

(...) Sintomas característicos de comportamento devem ter início precoce antes da idade de 6 anos) e longa duração. Entretanto, antes da idade de entrada na escola, a hiperatividade é difícil de ser reconhecida devido à ampla variação normal; somente níveis extremos devem levar a um diagnóstico em crianças pré-escolares.

O transtorno hipercinético pode ainda ser feita na vida adulta. Os fundamentos são os mesmos, mas a atenção e a atividade devem ser julgadas com referências a normas apropriadas do desenvolvimento. Quando a hipercinesia esteve presente na infância, mas desapareceu e foi seguida por outra condição, tal como transtorno de personalidade anti-social ou abuso de substância, a condição atual, em vez da anterior, é codificada. (OMS, 1993, p. 257-8).

Ainda é possível destacar que, segundo o CID-10, pode haver problemas de diferenciação do transtorno hipercinético com o transtorno de conduta, sendo que o primeiro deve ser prioridade sobre o segundo, e podem ocorrer graus mais leves de hiperatividade e desatenção comuns ao transtorno de conduta. Deve-se destacar também que a hiperatividade ou desatenção pode estar associada a transtornos de ansiedade e depressão. O que irá diferenciar para a classificação de transtorno, segundo o manual, é o grau em que os sintomas aparecem e de que maneira satisfazem os critérios diagnósticos.

1.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

No capítulo sobre as contingências históricas do TDA/H, buscou-se interpretar a patologia a partir dos conceitos de análise da história do conhecimento científico de Ludwik Fleck. Neste percurso, analisou-se que a ideia da origem genética ou neurológica do mau comportamento elaborada por George Still torna-se uma proto-ideia, que lança as bases da investigação futura do TDA/H como transtorno neurológico identificável por imagens de cérebro e outras tecnologias de investigação fisiológica. A partir do estabelecimento de origens biológicas para tais desvios de

comportamento, lançam-se as bases para novos tipos de intervenção social a partir da medicalização de sujeitos doentes. Problemas como o do alcoolismo, da prostituição e de crianças malcomportadas teriam uma possível solução através de intervenções científicas, que poderiam identificar patologias e desenvolver tratamentos e curas farmacológicas. Tais patologias, antes diagnosticadas enquanto desvios de comportamento, passam paulatinamente a terem uma ontologia que é biológica, calcada no equilíbrio das substâncias do cérebro, sendo assim passíveis de análise através de tecnologias de imagem e tratamento com remédios.

Com o tempo, pela falta de uma base empírica que comprovasse o transtorno nas crianças, os estudos sobre a encefalite letárgica, as técnicas de visualização cerebral e o patenteamento do metilfenidato estão associados à história do transtorno e lançaram as bases da etiologia, as técnicas de pesquisa e a terapêutica da criança que não se ajusta às regras sociais. As técnicas que se associaram às investigações do transtorno conferem meios de tornar a doença “possível”: de ser visualizada, dotada de etiologia e com a possível terapia. Em paralelo, a ênfase na experimentação para identificar a “jurisdição” do transtorno também circunscreveu o meio de ação e o poder médico psiquiátrico através do tratamento sobre os corpos das crianças malcomportadas.

Esses conceitos são estilos de pensamento que irão influenciar o conceito de DCM dos estudos de Strauss e Lehtinen com pacientes afetados pelo “transtorno comportamental pós-encefálico”, nos quais a etiologia e a sintomatologia, associadas às técnicas de investigação cerebral do transtorno, asseguram fronteiras para a proto-idéia de George Still, além da possibilidade de uma sintomatologia mais apurada. A divulgação do termo DCM pela *British Spastics Society* e sua disseminação pelo campo médico estão relacionadas ao início da administração do metilfenidato de forma terapêutica, mesmo que ainda não houvesse comprovação empírica do transtorno.

Com a publicação dos manuais internacionais, o DSM-II de 1968 e o CID de 1975, e a utilização do termo hipercinético, conceito que é associado aos estudos de Virgínia Douglas, da Universidade de McGill, o transtorno alcançou status científico e uma maior aceitação entre as disciplinas que o investigava. Este capítulo do levantamento do percurso histórico do transtorno é fundamental, pois a disfunção cerebral possivelmente herdada geneticamente passou a ser vista

como uma reação hiperativa do hipotálamo e as pesquisas de visualização cerebral, a administração dos fármacos em crianças diagnosticadas com o transtorno, tornaram-se a entidade empírico-terapêutica que delineava as futuras pesquisas do transtorno. Além da proliferação das especialidades médicas, que terão o transtorno como seu objeto de estudo, os manuais conferiram maior legitimidade e organização às comunidades científicas ligadas à psiquiatria.

Os atuais estudos de Russell Barkley, que são referências da produção do conhecimento sobre o TDA/H, também seguem a linha de pensamento da historiografia oficial de técnicas de visualização cerebral e da hipótese neurológica do transtorno, bem como tornaram-se o paradigma que orienta as pesquisas sobre o transtorno. O pesquisador tornou-se proeminente com investigações que reforçam as causas neurológicas e ainda a hipótese genética do transtorno, em paralelo a um contexto de aumento da medicalização dos indivíduos diagnosticados, no qual os campos científicos que investigam a doença passaram a contestar as práticas, as técnicas e a terapia utilizadas para o tratamento do transtorno. Neste sentido, o reforço nas técnicas de visualização cerebral, para apontar a origem biológica da doença em que a sintomatologia e a etiologia eram estabelecidas, tornava-se cada vez mais comum entre as psicociências como forma de implicar objetividade e neutralidade ao conhecimento científico produzido sobre o TDA/H.

De forma a organizar e orientar conceitualmente o percurso histórico sobre o transtorno foram propostos os conceitos de proto-ideia, *differentia specifica* e estilos de pensamentos de Ludwik Fleck, bem como os seguintes princípios que se inspiraram na teoria da história da medicina do médico e biólogo polaco: moral-orgânico, etiológico-técnico, neurológico-oficial e medicalizante-controverso.

No percurso histórico é possível apontar que o TDA/H é uma patologia que em sua origem servia para diagnosticar crianças que não se comportavam e não se adequavam à moral de uma época. Foi associada aos desviantes sociais: alcoólatras, prostitutas, viciados em drogas, entre outros tipos sociais que se configuravam como “anormais”. O sentido de associar a criança malcomportada ao desviante social e ela, portanto, também um desviante, tinha como premissa adequá-la a sociedade. Seu comportamento fora dos padrões era a manifestação de um futuro nada promissor e, portanto, deveria ser enquadrado já quando criança. Mas essa imoralidade ou

amoralidade deveria ter causas e pressupunha-se que eram hereditárias. Se algum parente era desviante social, suspeitava-se que a criança poderia trazer problemas futuros para a sociedade.

O parentesco, portanto, foi a premissa que orientou a hipótese “biológica” do transtorno. A patologia estaria nos genes das crianças, na formação de seu corpo e o resultado dessa origem não seria só comportamental, mas uma lesão, uma disfunção no cérebro que a medicina poderia detectar. É ali, naquele local do cérebro, nas vias nervosas disfuncionais que a neurologia e a psiquiatria estabeleceram suas fronteiras e passaram a atuar com sua função de agentes de controle social para evitar os comportamentos que não se adequavam à sociedade. A administração do comportamento aconteceria no neurônio, na localização específica que gera a instabilidade social e moral futura. Além da análise perfunctória que torna o fármaco um instrumento opaco de terapia, além do sentido de auferir lucros para as empresas farmacológicas, o fármaco, no caso o metilfenidato, é dessa forma um agente de controle social, dos comportamentos desatentos “anormais”, disfuncionais neurológicos.

CAPÍTULO 2 - BREVE PERCURSO SOBRE A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo remontar brevemente os contextos históricos da formação e institucionalização da psiquiatria no país. Pode-se afirmar que, até meados do século XX, este ramo da ciência ainda buscava estabelecer as fronteiras e a legitimidade de suas pesquisas e práticas. O foco de análise deste capítulo é contextualizar historicamente a ciência psiquiátrica brasileira, como se deu seu surgimento, sua institucionalização e oficialização, suas tradições de pesquisa, as profissões e em que momento os manuais internacionais DSM e CID passaram a influenciar novas crenças, teorias e práticas dentro da área. Como eixo da análise, o foco se dará nas tradições de pesquisa baseadas no paradigma organicista de doença mental. Considero este paradigma de pesquisa as investigações que buscam as causas biológicas, orgânicas e neurológicas das doenças mentais.

Especificamente, verifica-se que a vertente organicista da psiquiatria no Brasil ganha cada vez mais espaço como paradigma científico para as investigações das doenças mentais, como forma de se estabelecer como uma disciplina autônoma, neutra e objetiva. A sua legitimidade científica é sedimentada, a partir da metade do século XX, pela formação de manuais internacionais que, com suas diferentes transformações, orientam a produção científica, a clínica, as investigações e os tratamentos de uma série de transtornos psiquiátricos no contexto contemporâneo. Dessa forma, busca-se analisar a história do TDA/H, atualmente uma patologia que é investigada a partir de suas causas neurológicas, com o sentido histórico das pesquisas da psiquiatria brasileira a partir das tradições que investigam as doenças mentais pelo paradigma organicista.

Neste capítulo retomo, a partir de Michel Foucault (2006), quais os sentidos das práticas psiquiátricas da experiência francesa em asilos e hospitais, dos séculos XVIII e XIX, as quais a nascente psiquiatria brasileira, da virada do século XIX para o XX, tomava como base. Os asilos e hospícios que foram construídos no Brasil foram fundamentais para a formação do campo da psiquiatria no país, pois até a Proclamação da República Brasileira, em 1889, o tratamento dispensado aos “loucos” era feito pelas Santas Casas de Misericórdia em diferentes regiões do país. A construção dos asilos foi uma forma de separar a ciência psiquiátrica da atuação das

religiosas sobre os doentes mentais e estabelecer um campo onde médicos pudessem exercer a disciplina.

Na análise das diferentes concepções de “doente mental” que a psiquiatria brasileira assume através dos paradigmas que influenciam a sua prática, pode-se verificar que o campo médico foi determinante para estabelecer a legitimidade científica da área, bem como as categorias “loucura” e “doente mental” estiveram ligadas às dimensões jurídica e assistencial. Características que são específicas de um contexto social de crença no papel da ciência como eixo de desenvolvimento econômico e político, e que perpassa a história desta disciplina no Brasil.

Em um primeiro momento, doença mental era um conceito que buscava definir o sujeito alienado, aquele que não se adequava às normas sociais, o “louco”, seja pelas suas manias, seja por ser um alcoólatra, que fosse usuário de drogas, ou despossuído, entre outras caracterizações. O asilo seria a terapia indicada para recuperar os sujeitos desviantes da norma e restabelecê-los à sua moral-normal. Desta forma, o Estado brasileiro, ao desvincular os cuidados aos “loucos” das Santas Casas e estabelecer o asilo como local privilegiado de atuação sobre esses sujeitos permitiu à ciência psiquiátrica estabelecer o próprio campo de atuação com o sentido de controle social dos sujeitos que desviavam da norma social, ao “excluí-los” do convívio social e administrar terapias que os colocassem em condições de voltarem à “normalidade”.

Em seguida, são apontados os primeiros hospitais e médicos que passaram a exercer a psiquiatria no Brasil. O foco de análise se dá principalmente nas experiências da institucionalização deste ramo científico no Rio de Janeiro e em São Paulo²⁰. A prática psiquiátrica, entre 1900 e 1920, esteve ligada à biografia de médicos brasileiros que compunham

²⁰ A ênfase na formação da Psiquiatria no Rio de Janeiro e em São Paulo se deve ao recorte proposto por Russo (2002). O que não significa que houve outras experiências diferentes das aqui selecionadas de importância para a formação da Psiquiatria no Brasil. Para mais exemplos, ver PERES, M. F. T.. Manicômio Judiciário da Bahia: da constituição à pré-reforma psiquiátrica. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 97-124.

uma elite intelectual que buscava institucionalizar suas práticas científicas. A alienação dos loucos em hospícios constituiu uma forma de estabelecer o campo e o local onde fosse possível exercer a psiquiatria. Esse processo ocorria em paralelo à aplicação de novas terapias e técnicas de investigação sobre as causas da loucura, como a concepção organicista kraepeliniana.

Se no primeiro momento a concepção de doente mental alienava o corpo do “louco” em instituições específicas que fariam seu treinamento moral com fins de retorno à sociedade, é possível verificar que com a institucionalização da ciência psiquiátrica nas faculdades de medicina e nos asilos, o paradigma organicista passou a estabelecer as fronteiras do que era considerada doença mental. Este foi o meio que passou a robustecer a ciência psiquiátrica e o controle social do “corpo” do “louco”.

Entre 1920 e 1950, o sentido de controle social dos sujeitos cujo comportamento desviava da normal social – desviante social - ganhou ênfase com a atuação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Esta sociedade de médicos e psiquiatras tinha como característica a prática científica influenciada pelo higienismo e a eugenia. Ambos os conceitos eram utilizados como justificativa da prática psiquiátrica para “higienizar” a sociedade brasileira de indivíduos que poderiam trazer atraso à formação do Estado brasileiro. Os “loucos”, as prostitutas, os alcoólatras, as crianças desajustadas, entre outros tipos de desviantes sociais, eram analisados sob o prisma da degenerescência, indivíduos que trariam riscos futuros à Nação e passaram a ser foco de atenção das técnicas e práticas psiquiátricas. Para demonstrar as atuações da LBHM, são tomados como foco de análise a experiência carioca e paulista, e os médicos que se destacaram nessa época.

É preciso enfatizar que, de meados do século XX até o início do século XXI, a influência que os manuais internacionais – DSM e CID – passaram a exercer sobre a psiquiatria e as investigações sobre as patologias mentais tornaram-se cada vez mais amparadas por um imaginário social organicista alinhado à psiquiatria. O Projeto Genoma, as técnicas de reprodução assistida, os remédios que curam tudo – da esquizofrenia ao mau humor – e o correto equilíbrio dos transmissores secretados pelo cérebro passaram a ser referência para as pesquisas nestas áreas (RUSSO, 2002). É esse o contexto em que as atuais pesquisas sobre o TDA/H se inserem, conforme foi possível verificar no capítulo anterior. Com isso, retomo de forma analítica a

mudança de paradigma que os manuais exerceram dentro das comunidades médico-psiquiátricas brasileiras.

Dessa forma, a associação local da psiquiatria brasileira em sua vertente organicista, que historicamente possui um sentido de controle social dos desviantes sociais, associou-se a um paradigma internacional, institucionalizado, legitimado, neutro e objetivo representado pelo DSM-III e DSM-IV e teve como consequência uma maior ênfase nas pesquisas sobre o “doente mental” através do paradigma organicista. Fato que servirá de foco de análise para compreensão de quais os sentidos que as investigações sobre o TDA/H ganharam no Brasil ao longo dos anos.

Rosenberg (1992) aponta que falar sobre uma doença só é possível no momento que médicos-psiquiatras dão nome aos seus objetos de investigação. Em outros termos, no momento que passam a ser valorados e quando se cria um conceito a respeito do que é investigado (o que é considerado, portanto, a categoria “doente mental”). Para Foucault (1978; 2006), a definição de um sentido para o termo “doente mental” só é possível na história das sociedades modernas, quando o saber psiquiátrico se associou ao estatuto de “verdade” e, dessa forma, legitimou-se através de uma estratégia discursiva “científica” específica na relação entre psiquiatra e hospício. Com isso, é objetivo compreender quais os sentidos que a “biologização” do comportamento desatento possui no atual contexto da psiquiatria brasileira.

2.1 O SENTIDO DAS PRIMEIRAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS

A psiquiatria é uma especialidade médica que se situa na interface entre indivíduo, corpo e sociedade. Investiga as causas das doenças mentais pelos sintomas e sinais que conduzem a formulações diagnósticas. O surgimento da psiquiatria, em fins do século XVIII na Europa, mais especificamente na França, ocorreu em paralelo ao aparecimento do hospício, estabelecimento destinado a abrigar um tipo específico de desviante: o “louco”.

O confinamento e alienação dos loucos em instituições específicas se davam pela reclusão dos indivíduos socialmente “indesejáveis”, como mendigos, ladrões, alcoólatras, usuários de drogas, despossuídos e criminosos em prisões ou instituições para controle da ordem pública. Também eram inclusos na caracterização do que se considerava “louco” os doentes mentais com

as seguintes alterações: melancolia, demência, mania, idiotismo, entre outras. O que era considerado doença mental era um amplo espectro que permitia que diferentes comportamentos fossem enquadrados como “loucura” e o hospício era o meio de estabelecer um espaço para sua observação e cura.

Segundo Foucault (1978; 2006), Phillippe Pinel (1745-1826), médico do Hospital Bicêtre, em plena Revolução Francesa, foi responsável pelo gesto de liberar os loucos de suas correntes através da ciência, com a idealização de uma instituição que pudesse abrigar os sujeitos “desviantes” da norma social e ser o local de tratamento e cura. Instituição que ficaria isolada dos centros urbanos, em locais com características bucólicas, privilegiando em seu conjunto a manutenção da ordem e da calma. Qualidades físicas e morais que o hospital deveria ter com fins terapêuticos.

Nesta época, as técnicas elaboradas para a prática científica da psiquiatria tinham como objeto de intervenção medicamentosa o corpo do paciente e é por onde os avanços científicos da área estabeleceram suas bases de atuação e legitimação. Foucault (2006) analisa que as origens destas técnicas se encontram em diferentes disciplinas como a fisiologia, biologia, botânica, entre outras. A investigação sobre a loucura tomava as “representações” e “imagens” dessas ciências, modelos médicos, botânicos, naturalistas e configuravam as bases da ciência psiquiátrica no século XIX. Outra técnica de atuação sobre os corpos era a coerção física sobre o indivíduo alienado, praticado pelos vigilantes e serventes, “instrumentos” de atuação sobre o “louco” ou o “sofrente de manias”.

Portanto, o sentido das primeiras práticas psiquiátricas é assumir o corpo do alienado, ou “louco”, o *locus* primordial de atuação, serve-se da força com o propósito da cura ao instigar o comportamento do desviante social para recolocá-lo em sua moral-normal. São técnicas com fins terapêuticos em que o alienado, pelas suas manias e pela loucura, era submetido a tratamentos baseados na força física para voltar à normalidade, à sua função moral dentro da sociedade.

Os relatórios policiais, mandados de prisão, interrogatórios eram os meios utilizados para diagnosticar um “louco” pela psiquiatria. A loucura não era assinalada como “verdade” através da descrição das ideias, dos desejos, das alucinações, manias ou delírios dos indivíduos sofrentes,

mas se inscrevia principalmente pela análise do comportamento do sujeito desviante das normas sociais. Este aspecto fundamenta o ato médico com o objetivo de adequar o indivíduo à sociedade ao aliená-lo através dos hospícios, onde era possível exercer uma ortopedia moral como cura possível. Pode-se afirmar, dessa maneira, que o sentido das práticas psiquiátricas de reclusão e das diferentes técnicas terapêuticas, que buscavam instigar o indivíduo acometido pela doença mental a voltar a uma condição moral, eram formas de controle e manutenção da (des)ordem social.

Portanto, o saber médico psiquiátrico, para se estabelecer como ciência, criou sua neutralidade, objetividade, seus critérios de validade e acesso ao objeto tendo como pressuposto certa relação de ordem através da distribuição criteriosa dos indivíduos, dos corpos, dos gestos, dos comportamentos e dos discursos, em instituições asilares e “isoladas” da sociedade, da ordem moral estabelecida. O saber médico na psiquiatria tem na ordem disciplinar do asilo o objetivo de cura permanente. A base dos procedimentos terapêuticos, o uso da força física, os serventes, eram “técnicas de atuação científica” que visavam o retorno à “normalidade”, à “moral-normal” e era uma distribuição regrada do poder psiquiátrico.

O poder que estas técnicas exerciam se constituem de duas formas. Primeiro, a necessidade da alienação, do isolamento, como pressuposto da atuação objetiva, neutra e medicamentosa. Em segundo, as técnicas de atuação sobre os corpos, gestos e comportamentos, a força física, como o poder imanente e coercitivo, eram meios de atingir a normalidade do sujeito desviante. Essas se alimentavam de mecanismos de poder imprescindíveis para o saber psiquiátrico. Eram meios pelos quais a ciência psiquiátrica se associava à ciência médica e formava o núcleo de sua prática discursiva e dos enunciados legítimos que passaram a ser assumidos como verdade.

Além da alienação, Foucault (2006) aponta que a psiquiatria no século XIX era uma medicina que visava investigar alterações orgânicas que permitiam evidenciar e trazer a realidade da existência ou não da doença mental. Os interrogatórios realizados sobre o paciente, para identificar e diagnosticar a doença, tinham como pressuposto a possibilidade da disfunção ser de origem hereditária, pela associação do corpo do indivíduo suspeito ao “corpo da família inteira” através da investigação dos parentes que poderiam outrora ter trazido algum distúrbio à norma social. O interrogatório tinha como objetivo identificar as “anomalias” hereditárias que

compunham a sua “desordem mental”, de forma a qualificá-las como verdadeira e estabelecer o foco patológico através da confissão.

A hereditariedade era um conceito do saber médico que possui profunda formulação com Bénédict Augustin Morel (1809-1873), na França. Em sua concepção, os desvios de comportamento e suas anomalias eram resultados de traços hereditários. O alienado não seria o “doente” portador de uma afecção passível de tratamento e cura, como afecções no pulmão, rim e fígado, mas seria um corpo que adquiriu o que é defeituoso e se perdeu moralmente na doença mental de origem hereditária (FOUCAULT, 2001).

Pinel, além de seu trabalho com o alienismo, encaminhou em sua conceituação das técnicas psiquiátricas um extensivo uso da linguagem médica em paralelo ao sistema anátomo-patológico e clínico de investigações das doenças mentais já desempenhados por Xavier Bichat (1771-1801) e René-Laënnec (1781-1826), na França. Dessa forma, as técnicas psiquiátricas gradualmente se instalaram nas investigações dentro do “corpo”, em uma concepção anátomo-patológica e hereditária das doenças mentais, e “fora” do corpo do doente, através dos modelos asilares e institucionais.

Entre 1850 e 1860, a psiquiatria também foi influenciada pelos estudos de Duchenne de Boulogne (1806-1875), nos quais a noção do “corpo” sofrente da doença mental era interpretada como um corpo dotado de funções, desempenhos, comportamento, ou como um corpo neurológico (FOUCAULT, 2006, p. 373). A neuropatologia dividiu os movimentos voluntários e automáticos do paciente, a atitude intencional e a organicamente constituída através de testes de “estímulo-resposta” das ações. Este tipo de diagnóstico foi fundamental para estabelecer as doenças “válidas” (e, portanto, orgânicas, “verdadeiras”) e as doenças “inválidas” (que não possuíam um critério clínico de “validade” na concepção anátomo-patológica).

No plano institucional da ciência além dos asilos, Jean-Martin Charcot (1825-1893), discípulo de Boulogne e diretor do hospital de *Salpêtrière*, em 1862, na França, participou da criação da psiquiatria como instituição científica ao fundar a primeira cadeira de Doenças do Sistema Nervoso, ou ainda a primeira Cadeira de Neurologia, em Paris e lançar o periódico *Archives de Neurologie* (NEVES, 2012, p. 36).

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, não havia um local específico para os doentes mentais. Eles vagavam pelas ruas ou eram confinados em prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, eram vítimas de maus tratos e castigos corporais. Segundo Antunes (1999), os “loucos” erravam pelas ruas e eram reclusos em celas especiais das Santas Casas de Misericórdia.

Dois fatos foram determinantes para que surgissem as primeiras reivindicações para a criação dos hospícios no Brasil. Primeiro, a vinda da corte portuguesa em 1808 trouxe consigo o médico José Correia Picanço (1745-1823), cirurgião da Universidade de Coimbra cuja incumbência foi criar a Escola de Cirurgia da Bahia, em fevereiro de 1808, no Hospital Real Militar da capital baiana. Já em Novembro do mesmo ano, foi criada a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro, que deu origem à futura Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O segundo fato de importância foi a criação do jornal “*O propagador de ciências médicas*” ou “*Anais de medicina, cirurgia e farmácia*”, decisivo para disseminação da cultura médica no país e para a reunião dos profissionais da área, que culminou com a formação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (ANTUNES, 1999). Os médicos da Sociedade faziam diagnósticos das situações dos loucos na cidade e destacavam a situação de periculosidade destes sujeitos como forma de evidenciar a necessidade de um espaço social (MACHADO, 1978).

A Sociedade era uma comunidade médica formada por um grupo predominante de médicos e foi a primeira a lutar pela repetição do que ocorria na França com os alienados mentais, através da publicação de artigos nos jornais da época com o objetivo de mobilizar a opinião pública (COSTA, 1976). Clemente Pereira (1787-1845), provedor da Santa Casa de Misericórdia e figura importante do cenário político da época, iniciou a campanha pública com o slogan “Aos loucos o hospício”, cujo objetivo era propor a construção de hospícios que fossem higiênicos, arejados e que seguissem os princípios do tratamento moral estabelecido por Pinel.

Após decreto assinado por Dom Pedro II, em julho de 1841, o Hospital Pedro II foi construído e inaugurado em dezembro de 1852, na Praia Vermelha do Rio de Janeiro. Anos mais tarde, o hospício mudou-se para o Engenho de Dentro e passou a abrigar a Universidade do Brasil

(futura Universidade Federal do Rio de Janeiro), seguindo-se a construção de outros asilos na Bahia, Pernambuco e São Paulo. A construção da instituição configurava uma demonstração de força do Império através da ciência ao seguir os padrões dos asilos propostos por Pinel na França (RUSSO, 2002). Para os médicos brasileiros da época, o manicômio seria não só um local de abrigo para os sujeitos desviantes, perigosos, como seria o campo de atuação e observação da ciência médica.

Porém, mesmo que a criação do hospício representasse uma tentativa de modernização por parte do governo ao associar-se a ideais positivistas, ele era administrado pelas freiras do convento da Santa Casa de Misericórdia e era um local de reclusão de péssimas condições. Pode-se afirmar que a criação do asilo no Brasil foi a expressão do regime monárquico centralizador gerado pelo consenso entre elites econômicas e políticas. A ascensão da classe médica e de suas propostas era limitada pela atuação do poder monárquico vinculado à instituição religiosa. A inclusão social dos desvalidos era mediada pela noção de “caridade” e feita por meios não-científicos (VENÂNCIO, 2003). Segundo Russo (2002), esse contexto da formação institucional asilar no Brasil é *sui generis*, pois, nessa época, os saberes científicos oriundos da Europa são recebidos, traduzidos, assimilados e se combinam em diferentes práticas.

Neste período de emergência da psiquiatria brasileira, com a chegada da família real, a loucura passou a ser objeto de intervenção do Estado. Com mudanças sociais e econômicas, os centros urbanos cresceram e passaram a ser alvo de medidas de controle social pela polícia médica e como medida de higiene pública (MACHADO, 1978). A inspiração francesa das práticas psiquiátricas era uma forma de consolidar a ciência médica praticada na época, uma forma de se estabelecer como legítima ao atuar sobre a “loucura”, ou sobre os sujeitos que trariam algum tipo de perturbação para as cidades que cresciam. A difusão do alienismo francês no Brasil, representada pela criação do primeiro hospício, ocorreu a partir da disseminação de um corpo de conhecimentos e práticas especializadas da ciência médica.

Por exemplo, as faculdades de medicina na Bahia e do Rio de Janeiro, criadas em 1832, possuíam cátedras de medicina legal. Até a criação do Hospício, José Martins da Cruz Jobim (1802-1878) era o médico responsável pelo Asilo Provisório entre 1841-1852. A partir de 1830, as antigas Escolas Médicas-Cirúrgicas, fundadas no Rio de Janeiro e na Bahia, transformaram-se

em Faculdades de Medicina após apelo da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, pelos médicos franceses Jean Maurice Fraive (1795-1858) e José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856).

Mesmo assim, com a construção dos asilos e o início da disseminação de um saber médico especializado, este ainda estava desvinculado de uma prática propriamente da ciência psiquiátrica. As práticas terapêuticas dos asilos eram subordinadas às irmãs de caridade da Santa Casa de Misericórdia. O contexto de mudança da atuação religiosa para a estritamente científica nos cuidados dos doentes mentais foi em 1862, ano em que houve a proibição de novas admissões no hospício devido à lotação do lugar, o que gerou críticas da classe médica sobre o funcionamento e tratamento dispensados por enfermeiros e religiosas aos internos da ordem de São Vicente de Paulo. João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) foi um dos maiores críticos sobre os cuidados dispensados aos loucos até apontar a necessidade de controle e estudo médico e científico sobre os alienados.

Após a Proclamação da República do Brasil, em 15 de novembro de 1889, o Hospital Dom Pedro II passou a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados. Foi desanexado da Santa Casa (decreto 206-A de 15 de fevereiro de 1890) e a administração foi vinculada ao Estado pelo serviço de Assistência Médico-Legal dos Alienados. Já em 1890, Teixeira Brandão – que desde 1882, por decreto da lei 3141, assumiu por concurso público a cátedra de “Psiquiatria e Moléstias Nervosas” da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – dirigiu o Hospício e as freiras que atuavam nos cuidados dos alienados deixaram seus postos, substituídas por enfermeiros profissionais. Fato que deixou claro que a prática psiquiátrica nos asilos passaria para o domínio médico.

Os atos reformadores, por parte de Teixeira Brandão, geraram a possibilidade de o Hospício tornar-se uma instituição eminentemente médica (RUSSO, 2002, p. 13)²¹. Em 1893, foi

²¹ Outro acontecimento histórico relacionado à formação do asilo como instituição “médica”, segundo Carrara (1989), foi o diagnóstico feito pelos atores sociais envolvidos com a “loucura” e a sua associação à criminalidade. Os

criado o Pavilhão de Observação, local que recebia pacientes suspeitos de alienação levados por autoridades públicas e recebiam a avaliação clínica de médicos²². O Pavilhão era local onde se ministravam aulas da cadeira de psiquiatria e *lôcus* da formação de psiquiatras (VENÂNCIO, 2003). Fatos que foram importantes para a disseminação da Psiquiatria como prática científica médica e como instituição de controle social dos sujeitos “anormais”, agora oficializada pelo Estado.

2.2 OS ASILOS COMO ESPAÇO DA PRÁTICA CIENTÍFICA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

Em um primeiro momento, foi possível observar o sentido das práticas psiquiátricas no Brasil de meados ao fim do século XIX. Neste período, a inspiração na psiquiatria francesa, com a criação dos asilos e a reclusão dos doentes mentais, constituía o eixo da prática psiquiátrica brasileira. Os locais de asilo e reclusão de doentes mentais não só estabeleceram o campo de atuação da psiquiatria por médicos, como também tinham função de exercer controle social dos sujeitos “anormais” influenciada pela política do Estado. Esse contexto foi profícuo para a difusão de instituições nas quais era possível exercer a ciência médica-psiquiátrica, mesmo que no local, até então, os cuidados dispensados aos loucos fossem realizados pelas freiras da Santa Casa de Misericórdia.

Para Peres (2012), a assistência psiquiátrica brasileira, nos primeiros quarenta anos, pode ser chamada de “empírica e leiga”. Respondia às demandas básicas da sociedade, mas não buscava o tratamento e investimento em terapias, sendo que a medicina ocupava papel secundário até os atos reformadores de Teixeira Brandão, que desvincularam os asilos do tratamento das

tratamentos dispensados aos internos, que até então buscavam recuperar o “louco” à sua moral-normal, possuíam um sentido de recuperar o sujeito socialmente “excluído” e “criminoso”. A identidade do alienado era triplamente qualificada pela rejeição social, médica e judicial. Diante dos problemas do diagnóstico que associava crime e loucura, em 1896, Teixeira Brandão enviou um ofício para a criação de um Manicômio Criminal.

²² Peres (2012) enfatiza que as ideias de Teixeira Brandão respondiam aos ideais positivistas e republicanos dos alienistas da época. Também é preciso enfatizar que os alienados que recebiam indicação clínica eram constituídos em grande parte de estrangeiros e desempregados.

religiosas. Era uma maneira de evidenciar a necessidade de medicalizar o espaço asilar enquanto local estratégico para a ciência médica e para o controle social. Desta forma, a psiquiatria ganhava espaço como uma especialidade da medicina.

(...) A internação do alienado deve possuir um fundamento legal que evite o perigo das sequestrações arbitrárias: a medicina deve impregnar a legislação e a justiça. O que é denunciado pelos médicos é exatamente o que escapa a seu controle: são os obstáculos institucionais e mesmo jurídicos a uma gestão intrinsecamente médico-administrativa (MACHADO, 1978, p. 448-49).

Segundo Machado (1978), a inspiração dos médicos brasileiros em cientistas estrangeiros tinha como referência principal os psiquiatras franceses. Não tardou para que o alienismo passasse a ser criticado e a noção de degeneração tomasse seu lugar com a ascensão da medicina organicista. Uniam-se agora diferentes tendências de investigação que influenciavam a nascente psiquiatria: a periculosidade e a reclusão dos loucos através das instituições asilares e a formação de especialistas que investigariam o “corpo” do indivíduo socialmente indesejável. Neste sentido, a psiquiatria amplia seu escopo para se estabelecer como um ramo de ciência legítima. As técnicas organicistas seriam um meio de associação à medicina, ciência com fronteiras definidas e estabelecidas. Ampliar o corpo de especialidades psiquiátricas seria o meio de estabelecer o estatuto “científico” deste ramo da ciência, que em sua lógica de atuação tinha marcadamente uma função de intervenção e autoridade social na definição do normal e do patológico.

Com o surgimento das especialidades médicas, a reivindicação de praticar a ciência psiquiátrica nos asilos e os atos reformadores de Teixeira Brandão, inaugurou-se um segundo período chamado de “psiquiatria científica” (PERES, 2012, p. 104). A desvinculação das Santas Casas de Misericórdia dos Hospícios representou a possibilidade legal, outorgada pelo Estado, da medicina positiva ser exercida no local. Esta ciência que já era influenciada pelas descobertas da bacteriologia, imunologia e neurologia, passou a exercer intervenção ativa no campo da doença mental.

Um dos médicos responsáveis pela institucionalização da psiquiatria no Brasil foi Juliano Moreira (1873-1933), médico baiano que ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia aos 13 anos. Ele obteve o título de doutor já em 1891 e ingressou, aos 23 anos, como professor da

faculdade na disciplina de Seção de Doenças Nervosas. Ao contrair tuberculose, Moreira viajou à Europa para tratamento onde realizou inúmeros cursos e frequentou laboratórios com doentes mentais. Um de seus professores foi Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão responsável por alternativas científicas à concepção alienista e moral da doença mental de Pinel, ele acreditava que esse tipo de tratamento afastava o médico da observação. Desde fins do século XIX, Kraepelin pesquisava novas formas de tratamentos ao realizar as investigações de anátomo-patologia para determinar as causas orgânicas das doenças mentais vinculando-as ao cérebro e ao sistema nervoso.

Na formação da psiquiatria brasileira, portanto, além do alienismo francês, o modelo de pesquisa alemão foi de fundamental importância. A psiquiatria alemã possuía muito prestígio nos espaços universitários médicos onde convergia a criação de associações e revistas científicas. O ensino e a pesquisa eram determinantes. Nesta época, a pesquisa biológica assumia o papel da investigação sobre a origem genética e química do cérebro da pessoa doente (VENÂNCIO, 2003).

Juliano Moreira foi o médico que modernizou a prática psiquiátrica no Brasil, ao ampliá-la para além do modelo de internação do alienismo francês baseado no paradigma organicista das doenças mentais. Mesmo sem ocupar a cátedra de psiquiatria, Moreira influenciou as práticas e técnicas sobre os doentes mentais, não só dando ênfase ao caráter orgânico da doença (influência científica de Kraepelin), como também defendendo novas formas de tratamento como o *open door*, a klinoterapia e o tratamento regime-familiar. Esta última técnica influenciou Moreira pelo contato que teve com as teorias psicológicas de Sigmund Freud (1856-1939) e foi um dos primeiros médicos a utilizar a psicanálise no Brasil²³. Mas sua atuação como psiquiatra deu-se marcadamente por ser um adepto das técnicas biológicas e bioquímicas, da anátomo-patologia e

²³ Para compreender a formação da psicanálise e sua difusão no Brasil ver: 1) RUSSO, J. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002; 2) RUSSO, J.; CARRARA, S. L. A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro de entreguerras: entre a ciência e a auto-ajuda. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 9, n. 2, maio-ago. 2002, p. 273-290.

da neurologia que enquadrava a psiquiatria no modelo médico geral de diagnóstico clínico e laboratorial de investigações que buscavam as origens orgânicas das doenças mentais.

Juliano Moreira dirigiu o Hospital Nacional dos Alienados em 1903. Segundo Antunes (2001), a instituição configurava o pensamento psiquiátrico da época, que tinha como principal característica o alienismo clássico e o organicismo – concepção que sedimentará as bases da teoria da degenerescência sobre a “loucura” que passou a ser investigada pelas suas causas hereditárias.

Se na administração de Teixeira Brandão havia o acúmulo do cargo de diretor e de catedrático de psiquiatria, quando a direção do Hospital passou para Juliano Moreira houve a separação das funções. A divisão implicava em uma reorganização espacial da prática psiquiátrica na qual passaram a coadunar a ciência e a política assistencial, com maior enfoque para as políticas no tratamento dos doentes mentais. A separação permitiu que surgisse uma escola científica inspirada na psiquiatria de Kraepelin e propagada por Juliano Moreira, que passou a consolidar as relações causais entre distúrbios somáticos e consequências mentais da anatomia patológica pelo modelo de observação (PORTOCARRERO, 2002). Segundo Venâncio (2003), a reorganização das funções implicou em uma nova configuração da relação da academia subordinada à assistência pública.

Também em São Paulo, existiu uma tradição da psiquiatria que ilustra sua institucionalização científica no país. Homem de Mello foi considerado um dos seus precursores ao realizar, em 1889, a clínica psiquiátrica de natureza privativa. Mas foi com Franco da Rocha (1864-1933) que a psiquiatria ganhou pujança. Rocha estudou na Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro, aos 21 anos de idade e teria sido aluno de Teixeira Brandão como interno no Hospital Pedro II (RIBEIRO, 2012). Formou-se aos 26 anos e foi nomeado médico do Hospício dos Alienados em 1893, onde passou a ser diretor em 1896.

De sua produção intelectual, pode-se verificar que era influenciado tanto pela psicanálise como por diferentes linhas temáticas da psiquiatria. Escrevia sobre condicionantes biológicos para as doenças mentais a partir da teoria darwinista, bem como foi um dos primeiros médicos, junto com Juliano Moreira, a disseminar a psicanálise. Foi autor do primeiro livro sobre Freud no

Brasil, *A doutrina pan-sexualista de Freud*, de 1920 (reeditado em 1930, passou a ser chamado de *A doutrina de Freud*)²⁴. Em 1910, ele incluía as teorias freudianas em seus cursos de psiquiatria, mesmo que aderisse a alguns conceitos de Kraepelin.

Franco da Rocha buscou inaugurar a Faculdade de Medicina e Cirurgia, em São Paulo em 1900 (que depois foi fundada em 1912). Ele ficaria com a cadeira de psiquiatria enquanto o médico português Bittencourt Rodrigues ficaria com a cadeira de Doenças do Sistema Nervoso e as aulas eram dadas no Hospital de Juquery. Entretanto, a separação entre a cadeira de neurologia e psiquiatria não foi efetiva, o que veio a ocorrer apenas em 1930. Em 1918, ocupou a cadeira de Clínica Neurológica e Psiquiátrica, onde ficou até 1923. Também foi membro de diferentes sociedades estrangeiras e nacionais como a *Société Médico-Psychologique* de Paris, Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Sociedade de Medicina Legal e Cirurgia de São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise, Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), entre outras.

Em sua importância para institucionalizar a psiquiatria no Brasil, Franco da Rocha se destacou, principalmente, ao idealizar e atuar como diretor no Hospício de Juquery. Quando médico do Hospício dos Alienados defendeu a reforma no tratamento psiquiátrico ao propor um sistema de organização de políticas públicas que lançasse as bases para a fundação do futuro Hospital Psiquiátrico do Juquery, inaugurado em 1898. No local foram incorporadas as colônias agrárias, o uso de laborterapia e o sistema *open door*, ideias vigentes da ciência psiquiátrica da época de Rocha. Na concepção do Hospício Juquery estaria materializada uma medicina prática e intervencionista.

Segundo Tundis e Costas (1992), o surgimento de Juquery ocorreu após a transição de diferentes locais para internamento de doentes mentais no Estado paulista. Em 1852, foi instalado

²⁴ Franco da Rocha teve uma intensa produção intelectual que vai desde publicações de livros e em revistas estritamente científicas, como também textos escritos e publicados pelo jornal O Estado de São Paulo, entre 1893 a 1933. Para mais, consultar: RIBEIRO, P. S. Um médico, uma ideia e um hospital: Dr. Franco da Rocha e a concepção de Juquery. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 145-58.

o Hospício Provisório de Alienados (onde hoje é a Avenida São João, na capital de São Paulo); em 1864 o hospital foi transferido para a Ladeira Tabatinguera, em uma chácara com o mesmo nome; em 1895, Sorocaba foi a primeira cidade do estado de São Paulo a possuir um asilo agrícola; e em 1898 foi fundado o Hospício de Juquery.

O Hospício foi construído em um terreno de 170 hectares a menos de 50 quilômetros da Capital do Estado de São Paulo e Ramos de Azevedo (1851-1928) foi o arquiteto responsável para projetar o prédio que teve como inspiração arquitetônica o hospital *Saint Anne* de Paris²⁵. O isolamento do centro urbano seguia os princípios do sistema asilar proposto por Pinel, pois seria afastado da família, com “o ar puro do campo e com distração material moderada, bem regularizada” (ROCHA, 1893, p.2) e de utilização da laborterapia – o trabalho como função terapêutica – inspirado em Bénédict Morel.

Franco da Rocha foi diretor e administrador do Juquery de 1898 a 1923. Seu trabalho no Hospício foi marcado pela dedicação que tinha com a observação dos casos existentes no local e com a publicação dos resultados no Brasil e no exterior. Para acompanhar o desenvolvimento do quadro de seus pacientes, produziu um enorme arquivo de prontuários, o que conferia um apego de Rocha à metodologia do trabalho científico e que resultou no trabalho publicado em 1921, “*Organização do trabalho intelectual*”. Em 1918, ao ingressar na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, dividiu as funções de diretor com as aulas que chegou a lecionar no próprio Juquery.

Não apenas o fato de ter lecionado, mas também a forma como via a necessidade da constante pesquisa, seriam indícios de que Franco da Rocha parece ter feito deste hospital um verdadeiro laboratório (e, dessa forma, contribuído para o desenvolvimento constante da excelência do

²⁵ Para mais detalhes sobre a influência que Ramos de Azevedo recebeu da arquitetura do hospital francês ver: PIZZOLATO, P. P. A contribuição da arquitetura para o tratamento psiquiátrico no começo do século XX: a experiência França-Brasil. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 159-76.

ensino na Faculdade de Medicina de São Paulo) (RIBEIRO, 2012, p. 153).

O Juquery oferecia a oportunidade concreta de colocar em prática as teorias médicas que influenciaram Franco da Rocha. O Hospício tinha como função social combater o “enfraquecimento das normas sociais” ao produzir um tratamento médico que afastava o doente de seu meio original, restaurando sua saúde física e mental, bem como seus valores morais “perdidos”. A arquitetura do Hospício e sua localização afastada eram de fundamental importância para a terapia dos pacientes que ali se instalavam (PIZZOLATO, 2012).

A criação dos asilos e a institucionalização da psiquiatria no Brasil resultaram da influência da elite médica da época e de uma associação intensa com as políticas de Estado, seja na experiência paulista ou na carioca. Como exemplo da influência da classe médica no governo, temos o Decreto nº1.132 de 22 de Dezembro de 1903, Lei Federal de Assistência aos alienados (BRASIL, dec. 1132/1903), que propunha a reorganização da assistência psiquiátrica e estabelecia que o indivíduo afetado pela moléstia mental, congênita ou adquirida que compromettesse a ordem pública, deveria ser recolhido no estabelecimento de alienados. O decreto representava, dessa forma, a legalização da psiquiatria como uma instituição de controle social através da intervenção médica para tratamento dos doentes (PERES, 2012, p. 108). O hospício viria a ser o lugar da loucura no Brasil e o local de atuação dos médicos, com opção de recolhimento nas colônias agrícolas. Lá os loucos tinham no trabalho agrícola a possibilidade “terapêutica” que os faria retornar à sociedade como um cidadão útil.

Outro fato importante para institucionalizar a ciência psiquiátrica e que lhe conferiu a característica de instituição de controle social, segundo Resende (1994), foi a ascensão de Oswaldo Cruz (1872-1917) na direção dos serviços de Saúde Pública. O diretor reivindicava que a psiquiatria desempenhasse um papel comum de sanear a cidade e atuar em focos de desordem (os cortiços que eram focos de infecção, a imundice das cidades e os sem-trabalho maltrapilhos que infestavam as cercanias dos portos e centros das cidades). Mas é com a LBHM que a noção de controle social na psiquiatria brasileira ganhou maior ênfase em seu caráter científico-biológico.

2.3 DOS MODOS DE CONTROLE SOCIAL DA PSIQUIATRIA: ENTRE 1920 E 1950

Entre as décadas de 1920 e 1950, a psiquiatria brasileira, além de continuar estabelecendo as bases institucionais de sua ciência, passou a ser influenciada pelos ideais higienistas e eugênicos que estavam em voga na psiquiatria europeia. Ambos os conceitos passaram a dotar de sentido as práticas dos médicos psiquiatras brasileiros e reforçavam o papel dos asilos e as investigações sobre a origem orgânica das doenças mentais enquanto agentes de controle social. Conceitos e práticas que influenciaram a elite médica do período que se reuniu em torno da LBHM.

O conceito de higienismo ditava que fatores exógenos (o meio social) seriam menos influentes nas causas da loucura do que a origem hereditária das doenças mentais. A sua origem conceitual é europeia, de psiquiatras como Bénédict Morel e Valentim Magnan (1835-1916). Ambos postulavam que a doença mental era evidência de uma corrente degenerativa hereditária que se tornaria gradativamente mais profunda nas gerações sucessivas até atingir a extinção. Na Itália, Cesare Lombroso (1836-1909), um dos fundadores da Antropologia Criminal, buscava em seus estudos identificar características hereditárias somáticas que pudessem indicar os “criminosos natos”. Na Alemanha e na França, Richard von Kraft-Ebing (1840-1902) e Auguste-Henri Forel (1848-1931), respectivamente, realizavam estudos que tinham a Era Vitoriana (1837-1901)²⁶ como contexto histórico e investigavam as influências causais na personalidade de fatores que seriam hereditários, como sexo, masturbação, alcoolismo, homossexualidade e infecções. Mas foi Aaron Rosanoff (1878-1943) quem causou intenso impacto sobre a psiquiatria com a publicação de dois artigos baseados na sua atuação no *King's Park State Hospital* de Nova York. Ele conclui que era possível traçar a origem da insanidade pela lei hereditária de Gregor Johann Mendel (1822-1884)²⁷.

²⁶ Reinado da rainha Vitória (1819-1901) no Reino Unido.

²⁷ In: ROSANOFF, A.; CANNON, G. Preliminary report of a study of heredity insanity in the light of Mendelian laws. **Journal of Nervous and Mental Diseases**. v. 38, 1911, p. 272-9.

Outro conceito associado ao higienismo foi o de eugenia. O termo foi inventado pelo fisiologista inglês Francis Galton (1822-1911) para designar o estudo de fatores biológicos controláveis que pudessem elevar ou rebaixar qualidades raciais das gerações futuras, físicas e mentais. Esta ideia ganhou aceitação entre intelectuais europeus e norte-americanos que buscavam sistematizar os efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação.

No Brasil, o conceito de eugenia causou profunda repercussão sobre a intelectualidade médica que se preocupava com a formação “racial” do “povo brasileiro”. A República recém-constituída enfrentava um período de transição social, do regime escravocrata monárquico para a formação de um Estado que visava consolidar a Nação. A abolição da escravatura, a imigração europeia, a migração de camponeses e antigos escravos, somados aos efeitos da recente industrialização agravavam as tensões sociais e econômicas que colocavam em questão a legitimidade do próprio regime.

Em meio a esse período, era tarefa das elites dirigentes e intelectuais legitimar e encontrar os meios de justificar as transformações pelas quais o país passava, bem como ultrapassar as condições “naturais” que causavam “atraso” ao Estado brasileiro: o clima tropical e a constituição étnica do povo, o calor e a mistura de “raças inferiores” tinham tornado o povo brasileiro preguiçoso, ocioso, indisciplinado e “pouco” inteligente (COSTA, 1976).

A psiquiatria brasileira passou a ser influenciada pelos ideais eugênicos e higienistas, ideias assimiladas e praticadas por Juliano Moreira e Franco da Rocha que ganharam ênfase com a criação da LBHM em 1923. A Liga foi fundada no Rio de Janeiro por Gustavo Riedel (1887-1934) – outro pioneiro da psiquiatria brasileira que tinha se dedicado à reforma da assistência psiquiátrica já no início de sua carreira – com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes mentais e renovou os quadros profissionais e os estabelecimentos psiquiátricos. Dentre as mudanças promovidas, Riedel criou o ambulatório de profilaxia de doenças mentais, organizou o “serviço aberto para psicopatas”, um laboratório de psicologia e escolas de enfermagem onde eram formadas as monitoras de higiene mental (COSTA, 1976).

Podem ser citados como membros da Liga Brasileira, além de Juliano Moreira e Franco da Rocha, Henrique Roxo (1877-1969) da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de

Janeiro; Maurício Medeiros (1885-1966) que fez cursos de especialização na Europa, um deles com Emil Kraepelin, e foi da cátedra de Fisiologia e Patologia Geral na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Antônio Austregésilo (1876-1960), médico do Hospício Nacional dos Alienados e catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina em 1912, escreveu vários livros de aconselhamento para “nervosos” utilizando da teoria psicanalítica; Arthur Ramos (1903-1949), catedrático de Psicologia Social na Universidade do Distrito Federal e chefe da Seção Técnica de Ortofrenia e Higiene Mental da Secretaria Geral da Educação e Cultura do Distrito Federal – foi discípulo de Nina Rodrigues (1862-1906), considerado o fundador da medicina legal no Brasil e dos estudos antropológicos da cultura negra; e Julio Porto-Carrero (1887-1937), catedrático de Medicina Legal na Universidade de Direito do Rio de Janeiro. Também todos foram membros da Academia Nacional de Medicina.

A LBHM era uma entidade civil de reconhecida utilidade pública, de subvenção federal, com a ajuda de filantropos e, em 1925, funcionava com a renda de anúncios publicados na revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Segundo Costa (1976, p.32), “os psiquiatras da Liga faziam parte de outros serviços psiquiátricos e constituíam a elite psiquiátrica do Rio, e talvez do Brasil”. Em sua fase inicial (1923-1925), período da presidência de Riedel, os psiquiatras que participavam da sociedade executavam um programa de higiene mental baseado na prevenção, na eugenia e na educação dos indivíduos. A sua atuação se dava, principalmente, na melhora dos serviços psiquiátricos, no aperfeiçoamento profissional de psiquiatras, enfermeiros e monitores de higiene mental.

Portanto, as ações higienistas da LBHM tinham como aparato científico a eugenia que colocava como problema para o “atraso à formação do povo brasileiro” a miscigenação racial. Para a Liga, era necessário colocar em primeiro plano o cuidado da raça. Segundo Amarante (1984, p.78), a LBHM executava ações de “(...) características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas”. Dessa forma, a psiquiatria agia em defesa do Estado ao exercer um controle rigoroso do comportamento dos indivíduos considerados pela entidade com algum tipo de doença mental.

Em 1926, Júlio Porto-Carrero foi responsável pela criação da clínica psicanalítica da LBHM e, durante os anos de 1930, passou a ser ferrenho defensor das ideias eugênicas. Sua

concepção associava a psicanálise à prevenção em medicina orgânica, aliada à prática científica de concepção kraepeliniana de Juliano Moreira²⁸. A ação terapêutica deveria ser exercida no período pré-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos, concepção que levava os psiquiatras a dedicar maior atenção à prevenção da saúde mental do que à assistência. O objetivo das ações em saúde mental passou, então, a ser mais concentrado na prevenção do desenvolvimento da doença mental nos indivíduos “normais” e recuperar os indivíduos “anormais”. Em 1928, a LBHM reformulou seu estatuto, enfatizando a necessidade da intervenção preventiva nos meios social, profissional e escolar.

Para Costa (1976), os psiquiatras, ao definirem-se cada vez mais como eugenistas, deslocavam a prática psiquiátrica para uma nova prática “cientificamente” aceita e válida, baseada em um paradigma organicista. A eugenia representava, portanto, a ideologia da “pureza racial” por meio da “higiene social da raça”, expressão dos anseios culturais, políticos e sociais que influenciavam os médicos psiquiatras. Ela representava mudança nos progressos teóricos dentro da disciplina que alcançava maior legitimidade e era o aparato que dava legitimidade ao discurso médico para atuar na sociedade.

Dessa forma, os fenômenos psíquicos e sociais eram explicados pela hipótese da causalidade biológica e, assim, justificavam a intervenção médica. A imigração e as disparidades “raciais” – pelos termos científicos da época – constituíam-se problemas sociais que eram interpretados sob o prisma biológico e que influenciavam a prática psiquiátrica. O “biologismo” era uma forma não só de detectar as “patologias” que causavam a desordem social, mas também era o meio de organizar e tornar funcional as instituições sociais modernas.

²⁸ Venâncio (2001) coloca que a dimensão moral da degenerescência e hereditariedade era uma preocupação das pesquisas de Juliano Moreira, mas que se apresentava de forma paradoxal: enquanto preocupava-se com a dimensão física das doenças mentais, suas causas e evolução, afirmava que os estados “anormais” não deveriam ser atribuídos à irredutibilidade de fatores como raça e hereditariedade. Moreira acreditava em uma sociedade igualitária que buscasse melhores condições sociais e de educação, mesmo que houvesse desigualdades físicas nas unidades orgânicas, estas não comprometeriam o projeto civilizatório brasileiro.

A LBHM ganhou pujança no cenário intelectual brasileiro, pois havia entre a elite médica a busca por construir projetos sob um prisma ideológico nacionalista que se baseava nos conceitos de educação e higiene. O projeto representava a crença nas elites intelectuais em solucionar os males de um país doente e analfabeto. Nos próprios programas e estatutos da Liga, podem ser encontradas as preocupações com a constituição eugênica do povo brasileiro. Em 1929, por exemplo, no editorial do primeiro número dos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, órgão de difusão das ideias a LBHM, propunha-se abrir nos meios culturais brasileiros “a senda por onde pudessem enveredar, crescer e fructificar as ideias da hygiene mental e eugenia, que consubstanciavam o programa d’aquella instituição”²⁹.

A política assistencial ganhou sentido específico nessa época. A criação de campanhas, serviços abertos e ambulatórios eram ações que iam contra a ideia de um grande hospício, mesmo que esse permanecesse como local da degeneração e de alojamento da população-alvo da política de higiene mental. Manter o hospício era a forma de continuar com a prática acadêmica e o espaço de observações. Segundo Medeiros (1977), a manutenção dos hospícios era uma forma de valorizar a prática psiquiátrica da época afim de garantir sua cientificidade.

No plano institucional científico, em 1938, o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) foi fundado, sob a direção de Henrique Roxo (entre 1938-1946), e profundamente influenciado pela psiquiatria alemã kraepeliniana. Roxo havia frequentado a Clínica Psiquiátrica de Heidelberg e de Munique, onde se encontrava com Emil Kraepelin. Durante sua gestão, o Instituto de Psicopatologia e o Hospício Nacional de Alienados permaneceram vinculados ao IPUB e os doentes mentais que eram enviados para lá serviam de subsídio para as pesquisas, local onde era possível desenvolver trabalhos teóricos da pesquisa psiquiátrica. Dentre os tratamentos que eram aplicados, havia as aplicações de insulina, a Malarioterapia (técnica que buscava promover picos elevados de febre para supostamente os sintomas de Paralisia Geral Progressiva), a Piretoterapia (tratamento clínico de aumento de temperatura corporal), a

²⁹ Editorial, Arch. Bras. De Hygiene Mental, v. II, n. 1: out. 1929, p.1-2.

Convulsoterapia (medidas terapêuticas que provocavam convulsão), o Cardiazol (utilização de substância química convulsivante), o Eletrochoque (choques aplicados no crânio) e o tratamento com plantas medicinais brasileiras. Todos os tratamentos eram voltados para a dimensão orgânica do paciente. Segundo Bueno (1988), a escola científica de Roxo possuía a firme crença na localização cerebral da lesão e disfunção. Também desconsiderava a dimensão da política assistencial para uma perspectiva físico-orgânica das doenças mentais, que reforçava a psiquiatria como disciplina científica legítima.

A consolidação do campo acadêmico no Rio de Janeiro veio com a gestão de Maurício de Medeiros entre 1945-1956. Formado em farmácia e medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fez especializações em histopatologia em Paris e fisiologia do sistema nervoso em Munique e Viena. Pertencente à LBHM, Medeiros teve a carreira marcada pela livre-docência em fisiologia e patologia na Faculdade de Medicina, onde se tornou catedrático em patologia médica e clínica psiquiátrica, além de intensificar as publicações da área de psiquiatria em revistas científicas como os *Anais do Instituto de Psiquiatria* (de 1938), que depois veio a ser o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (criado em 1952). Quando foi diretor do IPUB, conseguiu a aprovação do ensino de psiquiatria pela congregação da faculdade. Segundo Venâncio (2003, p.896), “do ponto de vista teórico, Medeiros propunha uma visada unicista do problema da doença mental, em que o conhecimento sobre o humano deveria incluir o elemento psíquico, embora o cuidado se fizesse no corpo”.

O terceiro diretor do IPUB, Adauto Botelho (1895-1963), discípulo de Juliano Moreira e Henrique Roxo, ajudou a ampliar a prática psiquiátrica. Fundou em 1921 o Sanatório Botafogo no Rio de Janeiro junto com Antônio Austregésilo, Ulysses Viana (1913-2000) e Pernambuco Filho, clínica particular onde eram investigadas as toxicomanias. Pertenceu à comissão que aprovou a Classificação Brasileira de Doenças Mentais no *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Além da prática clínica, atuou politicamente na sistematização do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), onde foi o primeiro diretor e ali permaneceu por quase dois decênios. No exercício do cargo, implantou hospitais-colônias em diferentes capitais dos estados, criou o Centro Psiquiátrico Nacional – posteriormente Centro Psiquiátrico D. Pedro II e atualmente Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

– e iniciou, em 1944, mesmo que de forma incipiente, a difusão de ambulatórios de saúde mental, a partir do consultório de psiquiatria no Rio de Janeiro e também do IPUB.

Na época em que Adauto Botelho era presidente do SNDM, entre 1941-1954, 80,7% dos leitos psiquiátricos do país eram hospitais públicos, como o Juquery em São Paulo, o Hospital Nacional dos Alienados do Rio de Janeiro e o São Pedro em Porto Alegre. A assistência psiquiátrica pública era o marco orientador da intervenção sobre a doença mental. Os poderes estaduais eram incumbidos de doar terrenos e de pagar os salários dos profissionais envolvidos com os asilos, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento na construção, instalação e equipamentos. Foram construídos, então, hospitais em Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas. A política de Botelho possuía inspiração em Juliano Moreira e compreendia que a função do asilo era preventiva (MEDEIROS, 1977). A expansão dos hospitais era prevista pelo Decreto-lei 8550, de 3 de Janeiro de 1946, e até 1954, último ano da gestão de Botelho no SNDM, foram promovidos 16 mil leitos psiquiátricos no país (PAULIN; TURATO, 2004). A presidência de Botelho no SNDM estabeleceu o hospital psiquiátrico como função social da exclusão.

A atuação do IPUB marcou um período de consolidação da psiquiatria brasileira. Influenciado pela ciência psiquiátrica alemã, o instituto não esteve necessariamente ligado aos debates que envolviam a política pública assistencial. Segundo Venâncio (2003), por mais que até fins de 1950 seus diretores ocupassem cargos de relevância no serviço de assistência federal, o instituto não se imbuíu da tarefa de formular políticas públicas. Entretanto, foi o local onde se aplicava o conhecimento organicista voltado para o estudo das doenças mentais, por mais que fosse um espaço asilar, ele consolidou a legitimidade da ciência no país.

Também, em São Paulo, entre as décadas de 1920 e 1930, na Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM), o discurso médico associava os cuidados da infância à melhoria racial da nação,

com preceitos da higiene mental desde a vida uterina do bebê³⁰. A LPHM teve como representantes, além de Franco da Rocha, Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988); os médicos Vicente Baptista, Marcondes Vieira, Ferraz Alvim, Geraldo de Paula Souza, Cantídio de Moura Campos, Fausto Guerner e Enjolras Vampré. A entidade tinha como sede justamente o Hospital de Juquery, na época em que Pacheco e Silva foi diretor (1923-1937). Na Liga, os médicos buscavam discutir e estabelecer as propostas de reformulação institucional da prática psiquiátrica de acordo com os propósitos da higiene racial e eugenia social.

Os médicos higienistas tinham, em seu projeto de constituição racial, a ciência psiquiátrica como meio de intervenção que pudesse atuar sobre os indivíduos e as coletividades, bem como educar a população de forma a evitar futuros comportamentos “anormais”. Um dos temas de interesse para esse grupo de médicos era a infância, que deveria ser disciplinada para reprimir “qualquer gesto de desonestidade” (SERRA; SCARCELLI, 2012, p. 191) ainda no início de sua vida, para criar homens adequados à ordem médica pelo condicionamento dos hábitos.

Entretanto, durante as décadas de 1920 e 1950, destacou-se em São Paulo a atuação do médico-psiquiatra Antônio Carlos Pacheco e Silva. Ele sucedera Franco da Rocha, em 1923, na direção do Juquery onde ficou até a década seguinte. Egresso de ramos aristocráticos de famílias tradicionais de São Paulo, Pacheco e Silva especializou-se em neurologia e psiquiatria na Faculdade de Medicina em Paris, onde atuou como assistente voluntário na Clínica Charcot, no Hospital Salpêtrière e também no Hospital Saint Anne. Estudou e estagiou na Suíça com Bleuler e Manokow, e na Alemanha com Kraepelin. Com o tempo, ganhou posições de destaque nos

³⁰ Mota e Schraiber (2012) demonstram que também fazia parte dos projetos de eugenia e higienização da época as mulheres. Estes que foram alvo de ações profiláticas eram consideradas o “cimento familiar” dando os “melhores filhos ao Estado”. Evitar a degeneração tinha como alvo ações terapêuticas sobre o corpo feminino, que era responsável pela concepção ou não dos filhos da “nação paulista”. Para mais ver: MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Medicina e Psiquiatria em São Paulo nos anos de 1930 e 1940: o caso das mulheres do Juqueri. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 229-42.

dispositivos médicos científicos como a Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde foi efetivado por concurso público em 1936.

Devido à especialização em Anatomia Patológica, a atuação médica e psiquiátrica de Pacheco e Silva representou a formação do campo da psiquiatria no Brasil em sua vertente de investigação das causas orgânicas das doenças mentais, principalmente, pelas pesquisas laboratoriais dos comportamentos dos doentes e pela identificação da possível origem da lesão cerebral dos transtornos. A utilização de Terapias Biológicas fez parte da atuação científica de Pacheco e Silva, como a Malarioterapia, a Insuloterapia (comas hipoglicêmicos em pacientes diagnosticados com Esquizofrenia para amenizar os sintomas da doença), a Eletroconvulsoterapia (choques elétricos na área da cabeça para induzir alterações nas atividades elétricas do cérebro) e o Cardiazolterapia, utilizadas para o tratamento da esquizofrenia³¹.

O psiquiatra brasileiro estava atento aos debates científicos das clínicas psiquiátricas europeias e buscava implementar as chamadas terapias de “choque” biológicas no Juquery. Terapias que buscavam provocar algum choque fisiológico no indivíduo, como febres, convulsões e comas. Estas práticas terapêuticas, que marcaram a atuação de Pacheco e Silva no Hospital, formam as bases de sua prática médica. Além da esquizofrenia, as terapias eram utilizadas em indivíduos com sífilis e com Paralisia Geral Progressiva, doenças que etiológicamente estariam associadas ao Sistema Nervoso Central.

No mesmo ano em que assumiu a direção do Hospício, Pacheco e Silva buscou estruturar e aparelhar o Laboratório de Anatomia Patológica e trouxe Constantino Tretiakoff da Europa, pesquisador de origem russa e importante descobridor das correlações entre doenças de Parkinson e certas estruturas cerebrais. Em 1933, com a fundação da Escola Paulista de Medicina, Pacheco e Silva, em sua aula inaugural, delimitou a separação entre as áreas de neurologia e psiquiatria,

³¹Tarelow (2012) fez uma extensa investigação sobre a cardiazolterapia e a eletroconvulsoterapia utilizadas no Hospital Juquery durante a direção de Pacheco e Silva. Para mais: TARELOW, G. Q. **Psiquiatria em convulsão: a cardiazolterapia e a introdução da eletroconvulsoterapia no Hospital de Juquery (1936-1950)**.

sendo que a instalação delas na Universidade de São Paulo (USP), respectivamente, foi em 1935 com Enjolras Vampré e em 1936 com o próprio Pacheco e Silva.

Nesta época em São Paulo, a atuação do médico-psiquiatra também era marcada pela formação do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (FMUSP), que representou a associação da psiquiatria à medicina na capital paulista. A formação do Governo Provisório (1930-1934) resultou no progressivo afastamento das lideranças paulista do núcleo central do poder federal, o que culminou com a cisão efetiva em 1932, época da Revolução Constitucionalista e de uma guerra civil que mobilizou as forças paulistas ao Exército Nacional. Como exemplo das ações para enfraquecer o poder do Estado paulista, o governo de Getúlio Vargas (1882-1954) desarticulou a organização do sistema médico-higienista paulista, então vigente, e demitiu uma série de catedráticos da Faculdade. Surgiu a Escola Paulista de Medicina em 1933 e com ela cresceram as especialidades médicas.

Um novo projeto político de controle social dos sujeitos “anormais” foi implementado com o Estado Novo em âmbito federal e dotava de sentido as práticas psiquiátricas da higienização e da eugenia entre os médicos psiquiatras da LPHM. Em São Paulo, o contexto econômico da época, com as perdas pela produção excessiva do café e a quebra da bolsa de Nova York, reconfigurava a sociedade paulista com a crescente industrialização da cidade e do estado. Com isso, novas instituições ganharam papel fundamental para sustentar o projeto político centralizador emergente, dentre elas a área de Educação com a “Reforma Francisco Campos” que instituiu o *Estatuto das Universidades Brasileiras* (decreto nº 19.852) e que passou a estruturar o ensino superior. Dessa forma, a ciência ganhou destaque com a criação da USP e ao englobar a Faculdade de Medicina já no ano de sua criação, em 1934 (SEIXAS; ZILBERMAN, 2012).

Pacheco e Silva também se destacou na formação do Instituto de Psiquiatria na USP, que se associou ao Hospital das Clínicas em 1952. Segundo Marinho (2003), o médico Pedro Dias da Silva assumiu a diretoria da Faculdade de Medicina entre 1924 e 1930 e estabeleceu os primeiros contatos para a construção do prédio da Faculdade e de um Hospital de Clínicas. Robert Archibald Lambert, professor de Anatomia Patológica e representante da Fundação Rockefeller,

passou intermediar a negociação com a Fundação que exigia, como contrapartida, curso médico em tempo integral e de limitado número de alunos.

Para viabilizar o projeto, uma comissão foi formada pelos professores da Faculdade de Medicina, Benedicto Montenegro (1888-1979), Luís Manuel de Rezende Puech (1884-1939) e Ernesto de Souza Campos (1882-1970), para visitar institutos médicos, laboratórios de investigação científica e unidades hospitalares nos Estados Unidos, Canadá e Europa. Em 1931, o prédio da Faculdade de Medicina foi inaugurado com o financiamento da Fundação Rockefeller, mas não o prédio do Hospital das Clínicas. Com o tempo, cresceram as críticas envolvendo a falta de leitos hospitalares e de condições para o ensino médico.

Foi neste contexto que surgiu a elaboração do projeto de construção de um instituto de psiquiatria anexo ao Hospital das Clínicas. Antônio Carlos Pacheco e Silva, de 1939 a 1945, enviou diferentes representações para o Conselho Técnico da Faculdade de Medicina e para o Governo do Estado, expondo a necessidade de novas instalações e de verba para o ensino da psiquiatria. Seus esforços não foram em vão e a partir de 1945, através do decreto-lei nº 14.456, iniciaram-se as construções do Instituto de Psiquiatria anexo ao Hospital das Clínicas, que foi inaugurado em 1952 (MARINHO, 2006).

O Instituto de Psiquiatria da USP foi um marco importante como centro de tratamento, ensino e pesquisa nas ciências de saúde mental do Brasil, pois até então não havia atendimento em saúde mental em um hospital geral, sendo um marco na psiquiatria paulista e brasileira (AMARO, 2003). Com a direção de Pacheco e Silva, o Instituto passou a ser local de formação de especialistas na área, psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e outros técnicos que estariam associados aos cuidados da saúde mental.

O Instituto foi local de inovações científicas que estavam associadas ao tratamento da saúde mental em outros países. Defensor ardoroso do eletrochoque, Pacheco e Silva foi um amplo divulgador das técnicas e práticas médicas de Egas Moniz, prêmio Nobel de Medicina e

Fisiologia em 1949³². Moniz foi um dos inventores das chamadas psicocirurgias, a lobotomia e a leucotomia – denominações que com o tempo foram utilizadas como sinônimas. As técnicas foram utilizadas em instituições asilares brasileiras entre 1936 e 1956 (MASIERO, 2003). A lobotomia tinha em sua concepção prática o pressuposto de que a vida psíquica é reduzida à base anátomo-fisiológica dos fluxos interneuronais e que os fenômenos normais e anormais do comportamento humanos são explicados pelo funcionamento sináptico. Para Moniz, as doenças mentais eram localizadas no cérebro, local que se constituía seu laboratório de tentativa e erro com o arsenal técnico da neurocirurgia com propósitos psiquiátricos. Em sua prática da leucotomia pré-frontal, era necessário interromper os circuitos neuronais com lesões onde ocorriam trocas energéticas nas sinapses, que mais tarde vieram a serem chamadas de neurotransmissores.

Ainda sobre a importância do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e da atuação de Pacheco e Silva, em 1952, com a descoberta da clorpromazina (substância antipsicótica utilizada para casos de esquizofrenia), os pacientes atendidos na Clínica Psiquiátrica passaram a ser tratados com psicofármacos. Em 1953, o Instituto recebeu o professor italiano Hugo Cerletti para ministrar palestras sobre as descobertas relacionadas à eletroconvulsoterapia (ECT). Em 1954, sediou o Congresso Internacional da Federação Mundial para Saúde Mental, com a participação de profissionais da psiquiatria, medicina legal e da psicanálise (SEIXAS; ZILBERMAN, 2012). Nesta época, Pacheco e Silva buscava associar-se ao *mainstream* da

³² Correia e Marinho (2012) abordam como a indicação e a conquista do Prêmio Nobel para Egas Moniz foi um longo processo de criação de vínculos com neurocirurgiões e psiquiatras de diferentes países. Moniz foi indicado em diferentes anos (1928, 1933, 1937 e 1944) para ser laureado pelo alto título científico. Mas, somente em 1949, o neurologista português foi galardoado com o Nobel. Fato que não se deu propriamente só por motivos científicos, mas pela extensa criação de diferentes conferências e reuniões em que seus desenvolvimentos científicos eram divulgados, como a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgias. A leucotomia, técnica utilizada por Moniz para as neurocirurgias e avanço científico que lhe conferiu o título de Nobel foi de fato alvo de controvérsias entre cirurgiões da época. Mas a sua atuação, para estabelecer vínculos com neurocirurgiões e psiquiatras de diferentes países, foi de fundamental importância para que alcançasse o prêmio. Tal nomeação recebeu o apoio de cientistas brasileiros Jayme Regalo Pereira, Ernesto de Sousa Campos e Renato Locai, que entre dezembro de 1948 e janeiro de 1949, enviaram cartas à sede da Fundação Nobel em Estocolmo indicando a nomeação de Egas Moniz ao prêmio.

psiquiatria e da neurologia internacional ao participar de congressos em diferentes países e ao presidir a Federação Mundial da Saúde Mental em 1960.

A construção do Instituto de Psiquiatria no complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP imprimiu novos rumos à assistência, ao ensino e à pesquisa em saúde mental no estado de São Paulo. Atendimentos ambulatoriais e nas enfermarias que anteriormente eram realizados em hospitais tipo asilares passaram a ser feitos em edifício anexo ao hospital geral, aproximando assim, a clínica psiquiátrica das demais especialidades médicas (SEIXAS; ZILBERMAN, 2012, p. 189).

Como foi possível perceber, a criação do Instituto não só modificou e permitiu maior assistência à saúde mental no Estado de São Paulo, como também foi centro de referência para a ciência psiquiátrica brasileira e sua associação ao campo da Neurologia. Destacou-se a atuação de Antônio Carlos Pacheco e Silva, médico-psiquiatra que influenciou as práticas da psiquiatria em âmbito nacional. Sua atuação foi de extrema importância para a criação do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, fato que representou a associação da psiquiatria à prática médica no plano institucional e da neurologia. Além da psiquiatria praticada nos asilos, neste momento a ciência também era exercida dentro da prática clínica e laboratorial.

Como exemplo da atuação de Pacheco e Silva e dos ideais que influenciavam sua práxis médica, destacarei uma atuação particular do médico-psiquiatra: a sua proposta para a infância paulista.

2.3.1 DA HIGIENIZAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL DOS MENORES: EVITANDO RISCOS FUTUROS

Em 1929, inaugurou-se um pavilhão especial para os “menores anormais” no Hospício de Juquery, como medida de prevenção às práticas antissociais da infância, dos menores abandonados e dos delinquentes. Foi criado o *Bolletim de Higiene Mental* para informar e disseminar os estudos sobre crianças com possíveis “anormalidades”. Dessa forma, o *Boletim* tinha fundamental importância, pois divulgava os princípios da higiene ao público leigo – pais, professores e responsáveis.

A escola idealizada por Pacheco e Silva visava, portanto, tratar dos meninos que apresentavam condutas consideradas “anormais” com medidas assistenciais profiláticas. Para ele, era tarefa das autoridades públicas fazer a vigilância e atuação dos “anormais”. Segundo Serra e Scarcelli (2012), em 1929, Pacheco e Silva buscava articular parcela da elite paulista e do governo estadual para consolidar investimentos público e privado em instituições voltadas para o tratamento de crianças. Sua inspiração para os projetos era fruto de visitas a países Europeus e aos Estados Unidos, onde percebia a preocupação que as instituições particulares e públicas tinham com a infância.

Segundo Patto (1999), a “inspeção médica” ocorria no espaço educacional, em escolas primárias, complementares ou profissionais. As crianças diagnosticadas como moral ou intelectualmente incapazes, ou que apresentavam desatenção, instabilidade, agitação ou apatia deveriam ser encaminhadas ao Juizado de Menores, local que tinha a tarefa de estudar e classificar as causas da “normalidade” da infância e de indicar o “corretivo” apropriado.

- 1) Dos menores reconhecidamente normais, portadores de anomalias físicas, cujo estado reclame antes de tudo cuidados médicos. Estes, que sejam educáveis, quer não, serão encaminhados para o Hospital do Juquery, onde já há elementos para que os do sexo masculino sejam devidamente assistidos.
- 2) Dos menores do sexo masculino que não apresentem grandes desordens físicas, mas que, em virtude de fatores hereditários e de uma educação viciosa, se mostrarem incorrigíveis, instáveis, inadaptáveis aos estabelecimentos destinados às crianças normais. Estes seriam encaminhados para os Institutos Disciplinares e para as colônias agrícolas, em vias de organização. As menores do sexo feminino serão recolhidas ao reformatório para meninas, cuja construção já vai adiantada em terrenos anexos ao Instituto Disciplinar desta cidade.
- 3) Finalmente, num terceiro e ultimo grupo, figurariam os meninos e meninas de boa índole, adaptáveis aos institutos particulares, mas que se desviaram da vida normal por motivos de ordem social. (PACHECO E SILVA, 1929, p. 3).

Esta caracterização demonstra como a atuação de Pacheco e Silva, nos cuidados da saúde mental da infância, possuiu um papel importante para a formação de instituições de controle social para as crianças “anormais”. No caso, a infância seria foco de atuação com os Institutos Disciplinares e o Hospital do Juquery. Nestes locais, as crianças com “anormalidade física”,

“difíceis”, “anormais”, “adaptáveis”, seriam reeducadas e tratadas³³. Também dentro das classificações, estariam os “idiotas”, os “epilépticos” e os “portadores de graves sequelas pós-encefálicas”. Todos eram enquadrados desta forma e já era apontada, nas hipóteses de Pacheco e Silva, a origem neurológica da desordem mental.

O psiquiatra diferenciava, de forma geral, os “débeis mentais” que seriam tratados em instituições de tratamento aberto e os psicopatas que teriam assistência fechada em asilos, escolas, institutos profissionais e colônias agrícolas. Mas, de forma geral, seriam tratados pela reclusão e segregação.

O Hospital do Juquery pode ser interpretado a partir do conceito de “instituições totais” de Erving Goffman (2007), locais fechados que conciliariam a população residente e trabalhadora, mas reclusa, ausente da sociedade mais ampla por um tempo. A vida era restrita e administrada. Dormia-se, brincava-se e trabalhava-se no mesmo local. No caso do projeto de inclusão da infância de Pacheco e Silva, a reclusão era uma forma de conter e suprimir as mazelas higiênicas para instaurar a ordem, a moral e a disciplina. A infância era foco principal de profilaxia e de regeneração para a constituição da nacionalidade através da prática científica da eugenia e da higiene mental.

Em 1929, foi construído o pavilhão de internação para crianças “anormais” no Hospital de Juquery chamado de “Escola Pacheco e Silva”. A Escola foi resultado de visitas que Pacheco e Silva fez a instituições para crianças “anormais” nos Estados Unidos, quando vislumbrou situações semelhantes às de São Paulo. O local tratava de atender os menores “delinquentes” ou “pré-delinquentes” que cometeram atos condenáveis de caráter mórbido. Dessa forma, a

³³ Segundo Serra e Scarcelli (2012), a classificação das crianças “anormais” de Pacheco e Silva, e mesmo na Carta Magna, de 1934, que apresentava os regimentos da União, representa uma clara referência às crianças pobres. A diferenciação entre as “crianças psicopatas” e “débeis mentais”, implícita ou explicitamente, estava de acordo com a sua posição econômica na sociedade. Dessa maneira, as instituições totais públicas tratariam dos casos mais graves – psicopatas – e os casos menos graves – “débeis mentais” – seriam tratadas no consultório particular de Pacheco e Silva.

instituição seria uma forma de assimilar experiências estrangeiras e científicas preconizadas pela psiquiatria da Europa e EUA.

Uma das formas terapêuticas que visava o tratamento médico-pedagógico era a laborterapia que fora implantada por Franco da Rocha para tratar os “loucos”. Para Pacheco e Silva, o trabalho, ou o exercício de uma “profissão honesta”, poderia ser desenvolvido nas colônias agrícolas, como benfeitorias no hospício e produção de bens de consumo interno. Se o “louco”, ou a criança “anormal”, era um ônus para o estado, com o trabalho ele se reintegrava ao circuito produtivo através da manutenção da própria subsistência.

A transição de Franco da Rocha para Pacheco Silva, segundo Serra e Scarcelli (2012), resguardava elementos do conhecimento positivista científico que articulava a terapêutica asilar à cientificidade. Mas na transição de um médico para outro, o “Hospício” de Juquery mudou seu nome para “Hospital” e a medicina passou a ser o meio a impulsionar o tratamento de doentes mentais. Com Pacheco e Silva, a concepção anátomo-patológica da doença mental ganhou maior ênfase em paralelo às práticas asilares que ainda persistiam (PEREIRA, 1995; LANCMAN, 1999), mesmo que o tratamento pressupusesse a reclusão dos “doentes mentais”.

A experiência de Pacheco e Silva, a criação das instituições totais e sua concepção cientificista neurológica e, portanto, biológica foram de fundamental importância para analisar a experiência da psiquiatria brasileira e a historiografia do TDA/H. A proposta da educação da infância do psiquiatra brasileiro, através dos ideais eugênicos e higienista, contextualizava-se em um período de formação da prática psiquiátrica brasileira, a qual se associava às diferentes concepções científicas estrangeiras, principalmente às europeias e norte-americanas. Esta era uma forma de tornar “mais científica” a produção local, seja pela experiência asilar como pelas concepções anátomo-patológicas. Ambas ligadas a um projeto de reinserção social do sujeito que era “improdutivo”.

Tal prática psiquiátrica possuía o sentido de manejar o corpo do doente mental através de uma concepção orgânica. A “racialização” brasileira era possível através dos ideais eugenistas e higiênicos. Prática científica que estava de acordo com o contexto político da época de formação do “povo brasileiro”, da “Nação” de Getúlio Vargas. O nacionalismo varguista reforçava a

necessidade de criar instituições sociais modernas, baseadas na experiência capitalista de outros países. A ciência era uma das instituições que teria papel fundamental na construção deste projeto modernizador. Neste sentido, a concepção biológica do desviante social no discurso científico foi entremeado pelo controle social de seu comportamento “anormal” para a sociedade. Era incumbência da ciência evitar e investigar o comportamento “errante” inserido no corpo “anormal”, além de atuar na sua contenção para garantir a normalidade para o projeto de Nação varguista, ao mesmo tempo em que incluía toda as diferenças sociais, raciais, faixas etárias e gênero.

A criança “anormal”, que estaria “atrasada” com a ordem moral que se formava, era reclusa pela desordem orgânica de seu corpo. Nota-se que Pacheco e Silva colocava nos critérios de classificação da criança “anormal” os indivíduos que sofriam de sequelas “pós-encefálicas”, assim como a etiologia precursora da formação dos critérios diagnósticos do TDA/H. Crianças desviantes sociais que eram “biologizadas” pelo estatuto científico da época.

A higienização racial era uma forma de reeducar as crianças. A infância teria papel fundamental na composição da “raça” brasileira. Segundo Guimarães (2003), o termo foi criado pelas ciências biológicas e pela antropologia física para classificarem subespécies humanas. No topo da classificação estariam “raças” mais desenvolvidas intelectual, física e moralmente, o que justificava a hierarquização de certos grupos identitários. Desta forma, “raça” é uma construção social e, no caso da ciência para a “infância” socialmente desajustada de Pacheco e Silva, fazia destas crianças seres “biologicamente” inferiores que carregariam o fardo do futuro atraso brasileiro. Sua correção era de extrema importância e as práticas científicas da higienização e reclusão asilar deveriam “corrigi-las”. “Classificadas por suas características fenotípicas e/ou por seu comportamento supostamente inferior, do ponto de vista moral, psicológico intelectual, essas crianças – seu corpo e sua vida – estavam agora sob uma nova forma de controle que emergia” (SERRA; SCARCELLI, 2012, p. 208).

2.4 A ASCENSÃO DA TERAPIA FARMACOLÓGICA

A partir de 1950, com a ascensão do uso de fármacos para o tratamento dos doentes mentais, a psiquiatria brasileira, em sua vertente organicista, ganhou nova característica. Os psicofármacos passaram a ser utilizados como terapia para diferentes tipos de patologias que tomavam os conhecimentos científicos da neurologia como base da produção científica. As modificações ocorridas no pensamento psiquiátrico, principalmente pelo uso dos fármacos para terapia, a partir dessa época, passaram a serem chamadas de Revolução Psicofarmacológica, com origem nas transformações do cenário psiquiátrico dos Estados Unidos da América (RODRIGUES, 2003).

Segundo Mowery e Rosenberg (2005), após a Segunda Guerra Mundial, o apoio à pesquisa pelo governo federal dos EUA resultou na associação da prática clínica à pesquisa científica nos centros médicos universitários e permitiu o desenvolvimento de novos dispositivos e procedimentos que facilitavam os testes clínicos de novos fármacos e, conseqüentemente, a produção de novos produtos farmacêuticos. Os avanços das pesquisas biomédicas e suas tecnologias faziam parte de uma política de governo com alto financiamento em pesquisa e desenvolvimento da ciência e tecnologia.

Dessa forma, a psiquiatria norte-americana passou a basear-se no paradigma organicista das doenças mentais alinhado ao desenvolvimento da psicofarmacologia, principalmente a partir da década de 1970 (RODRIGUES, 2003). No plano institucional, na década de 1980, o DSM III, publicado pela APA, sedimentava o paradigma organicista e tornava-se referência internacional para os médicos e cientistas das disciplinas “psi” – psiquiatria, psicologia e cognatos (ROSE, 2011). As teorias eugênicas e hereditárias, baseadas em pesquisas genéticas, ganharam impulso com a publicação do manual e com o desenvolvimento dos conhecimentos da Neurologia alinhada aos estudos da psicofarmacologia. Muitos medicamentos anti-psicóticos começaram a ser produzidos em laboratórios com base na clorpromazina. Antidepressivos, como a Imipramina e o Iproniazid, foram lançados e receitados também na década de 1960. Tranquilizantes e ansiolíticos, cujos nomes comerciais são Miltown, Equanil, Librium Diazepam; ganharam ampla

aceitação mercadológica em 1970. Esta época marca o início da administração terapêutica de fármacos, em grande escala, para o tratamento de doenças mentais.

A terceira versão do DSM registrou, em seu contexto, uma disputa entre diferentes linhas de pesquisa e de paradigmas nas disciplinas “psi” nos EUA, pois os psiquiatras alegavam haver grande discrepância entre a metodologia psiquiátrica e a medicina ampla (ROSENBERG, 2002). O manual seria a possibilidade de homogeneizar critérios e classificações diagnósticas das doenças mentais que até então eram específicas e pouco consensuais. Rosenberg (2002) destaca que a criação do terceiro DSM foi resultado do movimento de psiquiatras norte-americanos na elaboração de uma proposta alternativa ao CID que amparava, até então, as práticas na área. Alegavam que o manual elaborado pela ONU não possuía critérios objetivos de análise e gerava discordância entre os psiquiatras. A terceira versão do DSM, também seria uma proposta alternativa às primeiras versões do manual feito pela APA, que possuíam uma forte vertente psicanalítica em sua nosografia.

O DSM-III rompeu com a hegemonia psicanalítica no meio psiquiátrico norte-americano, bem como se alinhou às formas específicas de tratamento para as doenças mentais. Nesta versão do manual, a divisão entre transtornos mentais orgânicos e não-orgânicos, um dos pressupostos teóricos da psiquiatria para a compreensão dos processos psicológicos, passou a ter como referência principal o funcionamento do cérebro. A análise dos processos físicos do cérebro alinhada às novas descobertas que o estudo do código genético propiciou foram determinantes para estabelecer novos paradigmas científicos dentro das ciências biológicas (BEZERRA JR, 2000).

O manual passou a influenciar as pesquisas dentro das disciplinas de psiquiatria em muitos países. Considerado um manual a-teórico, com objetividade que permite a observação e mensuração empírica dos transtornos, o DSM-III representava a possibilidade de se estabelecer a relação entre prática científica e indústria farmacêutica. Cada vez mais, novos medicamentos eram produzidos e tornaram-se a terapia mais “adequada” para as doenças mentais classificadas pelo DSM. Bezerra Jr. (2000) destaca que o manual foi um marco institucional nas práticas “psi” que reflete um contexto com variáveis, como os avanços científicos nas disciplinas biológicas,

altos investimentos em novas tecnologias farmacológicas e transformações sociais, políticas e econômicas.

A indústria farmacêutica começou a financiar pesquisas sobre a eficácia de novos medicamentos a serem colocados no mercado. Os exames clínicos, com o tempo, passaram a ser substituídos por pesquisas multicêntricas envolvendo grande número de pacientes e laboratórios, seguindo os parâmetros do ensaio clínico experimental e atendendo as exigências pela FDA norte-americana para a liberação de novos medicamentos. A associação entre os grandes laboratórios de pesquisa e os requisitos da agência reguladora americana acabou disseminando a lógica do DSM III.

A psiquiatria brasileira, que tem como enfoque de pesquisa as causas orgânica e neurológica das doenças mentais, seguiu as transformações no cenário internacional das pesquisas e práticas nas áreas, principalmente as dos EUA, local de origem da criação e atuação do binômio DSM-medicalização. A reforma psiquiátrica no Brasil aconteceu em paralelo à emancipação deste modelo que passou a nortear a psiquiatria norte-americana a partir da década de 1970. Paradoxalmente, enquanto a experiência brasileira nos anos de 1980 visava a desinstitucionalização asilar³⁴, o DSM foi elaborado para reinstitucionalizar massivamente as

³⁴ A reforma psiquiátrica brasileira foi um processo que se iniciou em meados do século XX e que propunha a criação de novas formas de tratamento dos doentes mentais, principalmente enfatizando os pacientes reclusos nos asilos como indivíduos portadores de direitos. A Luta Antimanicomial foi um movimento social de importância, com repercussão nas ciências “psi” brasileiras, que visava a desinstitucionalização dos cuidados aos doentes mentais na época da redemocratização. Para mais ver: 1) AMARANTE, P. **Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995; 2) AMARANTE, P. Asilos, Alienados e Alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994; 3) DALLA VECCHIA, M.D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados as pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 28, 2009, p. 151-164; 4) MEDEIROS, T. de. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977; 5) PAULIN, L. F. R. da S.. **A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica e documental**. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998; 6) PAULIN, L. F.; TURATO, E. R.. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 11, n. 2, 2004.

instituições ligadas à saúde mental nos EUA – mas sem interferência do Estado (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2010).

Gerald Caplan (1917-2008) foi importante no processo de implantação da psiquiatria preventivista nos EUA e influenciou os programas comunitários na América Latina, inclusive no Brasil. Importava conceitos de história natural da doença e níveis de prevenção, transpondo-os para a área da saúde mental. A sua perspectiva para a saúde mental assumia que a psiquiatria preventiva deveria ocupar-se de todos os tipos de transtornos mentais, com enfoque no problema total da comunidade e não somente de indivíduos e grupos de indivíduos. Segundo Dunker e Kyrillos Neto (2010), as premissas de Caplan anteciparam e influenciaram a composição do DSM. De acordo com o manual, as doenças mentais obedeceriam ao modelo de história natural das doenças em que a pré-patogênese deveria ser identificada e atuada com vista a prevenir o surgimento da enfermidade.

O tratamento das doenças mentais no Brasil, a partir de 1980, teve como objetivo o desenvolvimento de dispositivos comunitários visando o tratamento precoce, contínuo e eficiente, a reabilitação e reinserção social do usuário da saúde mental. A reforma psiquiátrica brasileira se enquadrou em um plano político-institucional de saúde pública de desospitalização e desinstitucionalização de aparatos jurídicos, administrativos e culturais. A relação entre técnicos e pacientes tornou-se o norte das ações terapêuticas e a responsabilidade dos cuidados sobre o doente mental dependia da especialidade dos profissionais que atuavam com saúde pública (SILVA, 2005).

A organização das políticas no campo de saúde mental, na década de 1990, abriu espaço para a emancipação da medicalização dos doentes mentais. Segundo Silva (2005), é possível perceber que esse processo de transferência de responsabilidades do cuidado à saúde mental – das instituições públicas aos diferentes atores sociais com ênfase nas especialidades clínicas – inscreveu no corpo do considerado “doente” um lugar fundamental de atuação da prática psiquiátrica, com técnicas farmacológicas que solucionavam e curavam a deficiência de seu corpo e podem trazer o doente à condição normal e à vida social.

A perspectiva de intervenção técnica psiquiátrica se aproximava do compromisso pragmático do DSM. Assim, pesquisadores envolvidos com estudos de saúde mental abandonaram seus campos específicos de disciplinas para operar com uma metodologia empírico-experimental do sofrimento psíquico. Os “psiquiatras biológicos” brasileiros aproximavam-se da busca pela neutralidade científica do DSM-III e do DSM-IV que possuem, no contexto de suas formações, as disputas que a vertente psiquiátrica organicista dos EUA tinha com as disciplinas “psi” locais ao reforçar a “medicalização” como eixo fundamental da psiquiatria (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Para Dunker e Kyrillos Neto (2010), o clima sociopolítico nas questões de saúde mental no Brasil, de 1990 a 2000, pode ser considerado como um contexto reformista, com atuação principalmente nos casos de uso de substâncias psicoativas, suicídios, violência e transtornos comportamentais. Em paralelo ao discurso reformista, há uma adequação das disciplinas ligadas à psiquiatria com as categorias do DSM-III e DSM-IV com o avanço das pesquisas sobre terapias alternativas, em universidades do Rio de Janeiro, e da Psiquiatria Biológica, que se consolidou como uma vertente científica predominante no meio psiquiátrico brasileiro.

Como exemplo da ênfase nas pesquisas experimentais farmacológicas, o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, ou antigo *Anais de Psiquiatria*, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, inaugurou uma série de artigos, publicados de 1992 até 2000 na editoria denominada de “Série Psicofarmacológica”, com publicação de estudos sobre doenças mentais e sobre a administração de psicofármacos específicos; artigos com forte crítica a teoria psicanalítica e com uma série de anúncios de medicamentos psicofarmacológicos.

Segundo Dunker e Kyrillos Neto (2010), no Brasil, houve a tradução e recriação, pelas disciplinas científicas ligadas à saúde mental do discurso técnico preconizado no DSM. A psicopatologia prática presente no manual foi um dispositivo de ordenamento de instituições (clínicas, científicas, sociais, assistenciais, jurídicas) em nível local e coordenou os atores sociais envolvidos com a questão da saúde mental com práticas efetivas de tratamento daqueles que possuem algum transtorno mental.

Com a emancipação da psiquiatria biológica, segundo Russo e Venâncio (2006), os mal-estares e desconfortos que acometem a vida dos indivíduos foram transformados em doenças discerníveis, delimitadas e palpáveis que abandonavam o trabalho de autoconhecimento e trabalho sobre si implicados na psicanálise. Essa transformação representou a derrocada da própria hegemonia dos psicanalistas no campo profissional no Brasil e a emancipação dos “psiquiatras biológicos” ligados à pesquisa experimental, para os quais a psicanálise era um entrave para a neutralidade científica e o rigor da observação empírica. Para as autoras, o DSM-III significou de fato uma “re-medicalização” extrema da psiquiatria.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

O levantamento historiográfico realizado até então teve como objetivo demonstrar como a vertente organicista de doença mental se estabeleceu na psiquiatria brasileira a partir da institucionalização do campo científico em São Paulo e no Rio de Janeiro. Podem ser apontados cinco principais acontecimentos desse levantamento historiográfico, que vai de meados do século XIX até a década de 1950:

1. A formação da ciência psiquiátrica no Brasil – a formação dos hospícios, asilos, o domínio da atuação sobre os “loucos” pela ciência ao desvincular-se o cuidado aos doentes mentais das Santas Casas de Misericórdia;
2. A atuação dos médicos psiquiatras que buscavam estabelecer o prestígio da comunidade científica recém-formada ao traduzir conceitos e experiências da psiquiatria já estabelecida e praticada em outros países, psiquiatras que também formaram as faculdades e institutos de pesquisa na área;
3. As técnicas de pesquisa que influenciaram a psiquiatria, o alienismo de Pinel, o fisicalismo de Kraepelin e as teorias do higienismo e da eugenia que marcaram os sentidos da prática psiquiátrica em sua vertente organicista;
4. As tradições de pesquisa que investigavam as causas fisiológicas do estudo de doenças mentais no Brasil tiveram em seu sentido de atuação uma busca pelo

controle social dos indivíduos degenerados, que desviavam da normalidade média da sociedade, ou dos “anormais”, tendo como referência de atuação a elite de médicos psiquiatras da LBHM;

5. A emancipação da administração de fármacos utilizados no tratamento dos doentes mentais que data de 1950 em diante começou a influenciar a terapia de uma série de patologias mentais e a prática psiquiátrica passou, dessa forma, a associar-se às indústrias farmacêuticas e à pesquisa laboratorial de fármacos.

Os cinco principais acontecimentos da formação da psiquiatria no Brasil assemelham-se com aquilo que Foucault (1978) assinalou sobre o surgimento da psiquiatria. Seu estatuto epistemológico possui duas matrizes centrais que fundaram a disciplina. Uma delas é sua propagação enquanto especialidade médica que se fundamenta no conhecimento objetivo das causas físicas e dos quadros psicopatológicos. A outra é uma medicina voltada para o entendimento das causas morais, dos fatores psicológicos, sociais e culturais das perturbações mentais.

É possível verificar que ambas as matrizes apontadas por Foucault percorreram a formação da psiquiatria em sua vertente organicista no Brasil. Neste percurso histórico, pode-se apontar que na psiquiatria brasileira o paradigma organicista da doença mental foi muito influente e foi base de tradições de pesquisas na área. Tal paradigma científico historicamente obteve sentidos diferentes em sua prática. Se inicialmente a reclusão do indivíduo que desviava da norma social – os alcóolatrás, sofrente de manias, prostitutas, degenerados e despossuídos de toda sorte – foi uma forma de inaugurar a prática psiquiátrica, ao associar-se às técnicas da ciência psiquiátrica francesa já estabelecida – já com base de atuação em um conceito de doença mental que tem como enfoque a reclusão do “corpo” do sujeito “anormal” –, o enfoque nas causas orgânicas para as investigações das doenças mentais permitiu que a prática científica e clínica da psiquiatria se constituísse como especialidade médica.

Especificamente, do começo a meados do século XX, este paradigma ganhou o sentido de controle social. A prática psiquiátrica ganhou jurisdição oficial pela sua emancipação acadêmica e científica e o Estado e o projeto de Nação varguista deram sentido às práticas eugênicas e

higienistas que foram difundidas entre a ciência psiquiátrica. A LBHM teve papel preponderante na organização do campo psiquiátrico ao reunir a elite de médicos que estavam vinculados aos estudos das doenças mentais.

Dentre essa elite médica influenciada pelos ideais eugênicos e higienistas, destacou-se, principalmente, a atuação de Pacheco e Silva em São Paulo. Sua proposta para a infância paulista ilustra como os ideais eugênicos estavam presentes na atuação do psiquiatra em um sentido de controle social dos sujeitos considerados “anormais” já em sua infância – os “delinquentes” que poderiam trazer futuros distúrbios para a sociedade.

A psiquiatria praticada por Pacheco e Silva também possuía esse sentido, sendo um difusor de técnicas que buscavam as causas orgânicas das doenças mentais. Prática científica que buscava se associar ao *establishment* psiquiátrico internacional, como foi o caso de sua associação com Egas Moniz. Enquadrar a psiquiatria brasileira à psiquiatria internacional, principalmente através de técnicas que lhe garantiam maior cientificidade, foi um meio de estabelecer a legitimidade das práticas locais. A Neurologia tornou-se uma área do conhecimento de extrema importância para a psiquiatria e suas “terapias biológicas”.

A internacionalização da psiquiatria, que constituiu o imaginário social da prática psiquiátrica brasileira, ganhou novo capítulo com os manuais internacionais e a influência que as indústrias farmacêuticas exerceram no conhecimento psiquiátrico. Esse contexto influenciou ainda mais as pesquisas que investigavam as causas neurológicas da doença mental, sendo a neurologia um campo do conhecimento de fundamental importância. Diante disso, é preciso enfatizar que os psicofármacos tornaram-se uma terapia muito influente para o tratamento das doenças mentais na psiquiatria.

A historiografia da psiquiatria brasileira e do TDA/H possuem pontos de intersecção em comum, como os conhecimentos oriundos da neurologia para a investigação das doenças mentais que influenciaram ambas as histórias, a crescente administração de fármacos como terapia para distúrbios mentais, o conceito de doença mental como forma de investigar os indivíduos “anormais”, cujo comportamento foge da normalidade de outros comportamentos, entre outros.

De forma geral, pode-se apontar que o conceito de doente mental, no levantamento histórico da psiquiatria brasileira em sua vertente organicista, estava associado à reclusão nos hospícios e buscava recuperar o sujeito acometido à sua moral-normal com técnicas que investigavam as causas orgânicas da desordem, principalmente pelos conceitos de eugenia e higienismo. Já no percurso histórico do TDA/H, foi possível analisar que a patologia sempre foi tratada de forma que as crianças ou adultos acometidos pudessem voltar à sua condição “normal” de comportamento: mais atento, disciplinado, que não desafiasse a autoridade. As técnicas utilizadas nas pesquisas do transtorno operaram em um sentido de corrigir as secreções químicas do cérebro através dos fármacos, de modo que o indivíduo desatento pudesse otimizar seu comportamento de acordo com a média de outros comportamentos em determinados contextos.

Diante destas duas perspectivas que dotam de sentido a história do transtorno e da psiquiatria brasileira em sua vertente organicista, quais sentidos do conhecimento “biológico” foram construídos para o TDA/H pela Psiquiatria brasileira? Seria o fármaco uma nova forma de controle social das crianças que pudessem trazer riscos futuros para a sociedade? Seria o fármaco uma nova forma de separação dos indivíduos que são adequados à norma social daqueles indivíduos anormais que precisam ter seu comportamento desatento corrigido?

CAPÍTULO 3 - MAPEANDO AS PESQUISAS SOBRE O TDA/H NO BRASIL

A proposta deste capítulo é apresentar a investigação do conhecimento científico sobre o TDA/H no Brasil. Desta forma, o objetivo é analisar quais os sentidos de investigar o conhecimento “biológico” do transtorno e como ocorre a “biologização” do comportamento desatento pela psiquiatria brasileira. É analisada a maneira pela qual o transtorno veio a tornar-se um problema biológico de investigação, tendo como referência a formação histórica da vertente organicista de pesquisa na psiquiatria brasileira e a historiografia do TDA/H.

O foco principal da análise é o conhecimento científico produzido sobre o TDA/H no Brasil de 2007 a 2012, a partir do levantamento de uma coleção de artigos na base científica SCIELO. São analisadas as comunidades científicas que mais publicaram, a formação dos pesquisadores, o financiamento dos estudos, as técnicas de visualização cerebral, o paradigma do conhecimento neurocientífico que investiga a localização cerebral do déficit da atenção e a medicalização do TDA/H com fármacos, enquanto instrumentos da produção científica que organizam as comunidades científicas que investigam o transtorno no Brasil. São técnicas que produzem conhecimento sobre como se organizam o cérebro e a mente, através do paradigma neurobiológico como o conhecimento objetivo, e que tornam relevantes certos tipos de práticas científicas e clínicas e orientam as comunidades científicas mobilizadas para a construção do conhecimento sobre o transtorno.

Se as características do conhecimento científico do TDA/H (as comunidades que investigam o transtorno, as técnicas, etc.) constituem-se como um dos focos de análise deste capítulo, o outro foco é relacionar quais os sentidos de investigar o TDA/H a partir de técnicas de visualização cerebral que buscam os déficits neurológicos do transtorno para a psiquiatria brasileira. Esta área das psicociências que historicamente se organizou e estabeleceu sua legitimidade científica através do paradigma organicista de doença mental. Como foi possível investigar no capítulo anterior, as comunidades científicas da psiquiatria brasileira que se amparam no paradigma orgânico de doença mental historicamente buscaram, através de suas terapias, realizar o controle social dos sujeitos “normais” e “anormais”. A eugenia e a higienização da sociedade brasileira são conceitos que marcam profundamente tais tradições de

pesquisa e as crianças constituem um grupo epidemiológico específico que fez parte do projeto de controle social desta vertente de pesquisa da psiquiatria brasileira.

Diante de ambas as perspectivas que servem de análise para os sentidos das práticas científicas sobre o TDA/H no Brasil, seria o fármaco – terapia comumente utilizada como tratamento para muitos casos de doentes mentais – uma nova forma de “reclusão” e “confinamento” dos sujeitos acometidos pelo transtorno? Seria uma nova forma de controle social dos indivíduos organicamente “anormais” ou a higienização dos sujeitos moralmente indesejáveis? Seria uma nova forma de seleção dos sujeitos socialmente “normais” e “anormais”, uma extensão das práticas eugênicas no Brasil?

Portanto, como a presente pesquisa toma como referência de análise o conhecimento científico sobre o transtorno, em um primeiro momento é realizado um breve levantamento teórico e metodológico. A metodologia de investigação sociológica do conhecimento científico é fundamental para identificar a produção de conhecimento científico do TDA/H que naturaliza o cérebro “deficitário” e que constrói um discurso sócio-histórico para o comportamento desatento. Desta forma, retomo o conceito de coprodução de Sheila Jasanoff (2004), que incita investigar a ciência como é produzida e durante o ato de produção, no momento de sua prática e na inscrição dos discursos, em uma relação de transformação da natureza e da sociedade.

Diante desta perspectiva, pode-se afirmar que o conhecimento científico é resultado de contextos históricos específicos que afetam as práticas e técnicas dentro das comunidades científicas. A concepção de ciência e tecnologia presente nesta abordagem toma como referência que estas são áreas da atividade humana presentes em nosso dia-a-dia, método sociológico que propõe investigá-las e interpretá-las pelos efeitos que promovem na relação natureza/ciência/sociedade.

Em seguida, é exposta a investigação empírica proposta, que consistiu em investigar o conhecimento produzido sobre o TDA/H e contextualizá-lo dentro da historiografia da vertente orgânica da psiquiatria no Brasil. Primeiro, foi feito um levantamento na base de artigos e revistas científicas SCIELO, a partir da palavra chave “transtorno de déficit de atenção”. Foram encontrados 94 artigos. Para reduzir a amostra a um tamanho adequado, devido ao cronograma

apertado de uma pesquisa de mestrado, foram selecionados artigos publicados de janeiro de 2007 a março de 2012, ou seja, as publicações sobre a patologia durante cinco anos, totalizando 62 artigos. Foram excluídos artigos de pesquisadores estrangeiros oriundos de universidades estrangeiras. Os artigos de pesquisadores estrangeiros produzidos em coautoria com brasileiros foram considerados. Com o intuito de organizar os artigos, estes foram separados de acordo com o estrato da classificação Qualis das revistas. É necessário enfatizar que na pesquisa foram encontrados artigos que eram publicados fora da classificação do Qualis de Psicologia e que foram descartados.

Para a análise das principais técnicas e disciplinas que investigam o TDA/H no Brasil, foram consideradas as revistas com maior número de publicações e que estavam associadas à pesquisadores que são vinculados ao campo da psiquiatria e das neurociências, perfazendo um total de 48 artigos.

Em seguida, foi feita a análise dos dados levantados a partir do levantamento teórico e histórico dos capítulos anteriores. Para qualificar tal análise, foram retomados conceitos da construção social da doença. Esta perspectiva metodológica de análise dos ESCT aponta que a análise da “doença” é possível apenas se forem retomados os aspectos sociais e históricos da produção do conhecimento científico. Desta forma, assume-se que o modo como se produz o conhecimento do TDA/H na psiquiatria brasileira não se dissocia das relações históricas e sociais que conformam as fronteiras do que vem a ser considerada a patologia atualmente. Diante desta perspectiva, foram retomados os conceitos de medicalização e controle social de Peter Conrad (1975; 1992; 2006), bem como as análises do sociólogo Nikolas Rose (2007), que discute como determinadas doenças, na contemporaneidade, tornaram-se oportunidades vitais de lucro para as empresas farmacêuticas. Esses conceitos permitiram a construção de vínculos entre o levantamento histórico dos capítulos anteriores e a pesquisa empírica do presente capítulo.

Neste capítulo, o objetivo é analisar e compreender a construção social do conhecimento científico sobre a patologia conhecida como transtorno de déficit da atenção. A investigação histórica da psiquiatria brasileira e do próprio conhecimento científico sobre o TDA/H relativiza a noção de que a condição de doença é universal e invariante no tempo e espaço, ao demonstrar de que forma vieram a constituir-se os atores e os grupos sociais mobilizados para investigar o

conhecimento sobre o transtorno. Segundo Conrad e Barker (2010, p. S67-S68), “resumidamente, a doença não está simplesmente presente na natureza, esperando para ser descoberta por cientistas e médicos”³⁵. Transtorno que foi moldado por sistemas culturais e sociais que perfazem sua experiência e lhe significam.

3.1 INVESTIGAR O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A COPRODUÇÃO DA CIÊNCIA E A SOCIEDADE

Segundo Shapin (1995), dentro da ESCT, muitos autores possuem perspectivas teóricas que visam compreender como os conceitos se tornam relevantes para a construção do conhecimento científico em sua gestação histórica; como se edifica a “verdade” científica e como ela passa a ser considerada como tal; a forma como cientistas ou outros agentes participantes na produção do conhecimento científico julgam a realidade e como os fatos passam a ser considerados relevantes. Essa perspectiva desloca a visão naturalista da ciência como instituição privilegiada de produção dos saberes, aquela que possui “a” interpretação sobre a natureza e advoga sobre as suas leis. A ciência, portanto, investigada por métodos sociológicos, passa a ser compreendida como prática social. Analisar os textos históricos e científicos sobre uma patologia é uma forma de compreender como o conhecimento científico é modelado a partir de características específicas.

A investigação do discurso científico em sua gestação é necessária para o sociólogo atentar as formas de construção da natureza e de seu entorno social. Lynch (1982) enfatiza que realizar esta tarefa enquadra o modo como os atores envolvidos na relação da construção do conhecimento e da sociedade se associam e compõem o mundo natural e social. Significa, também, compreender o modo como os atores operam no quadro de suas práticas discursivas. Investigar sociologicamente o conhecimento científico em produção permite compreender os momentos em que é possível torná-lo legítimo, através de quais meios e de quais enunciados o

³⁵ Tradução do Autor.

conhecimento científico é validado, legitimado. Ou seja, através de quais práticas sociais as ciências são construídas.

Investigar a ciência, no que concerne em seus aspectos sociais, é uma tarefa de extrema complexidade. Para Jasanoff (2004) investigar o conhecimento científico é fazer uma análise localizada e contextualizada de sua produção, é ter como foco a forma como o conhecimento científico é construído e as técnicas que envolvem sua produção e o produto da pesquisa. Essa análise busca associá-lo às estruturas sociais que são mobilizadas pela ciência e tecnologia, sem privilegiar na análise o polo do “social” ou do “científico”, a fim de evitar posturas deterministas. A investigação sociológica do conhecimento científico reescreve as fronteiras que ligam ciência e sociedade. É um processo que investiga a constituição destas esferas em sua gestação e na criação de seus estatutos. E essa é a tarefa da sociologia do conhecimento científico.

Como exemplo, Shapin e Schaffer (1985) demonstram que a ciência produzida por Robert Boyle (1627-1691) e Thomas Hobbes (1588-1679) resulta de processos de reconfiguração da fidelidade e da autoridade nas instituições científicas, cujas bases a sociedade irá buscar informações científicas confiáveis, em uma época em que os cientistas da modernidade buscavam desvincular qualquer aspecto “social” para reconfigurar aquilo que podia ser considerado a “ciência”. Para isso, foi necessário circunscrever as duas instituições, estabelecer suas fronteiras e diferenciá-las.

Desta forma, o método presente na perspectiva “antidiferencacionista” de Shinn & Ragouet (2008) dos ESCT desestabiliza a noção de ciência como uma esfera que se diferencia de outras da sociedade em geral ao propor a análise da ciência e tecnologia sem separá-las pelas suas etiquetas científicas, ou mesmo sem separar o que é “social” e o que é “científico”. Não separá-las implica compreender a ciência e a tecnologia como campos de investigação que não só possuem uma lógica e dinâmica própria, mas também afetam a sociedade e são afetadas por ela. Natureza, poder e cultura são esferas contingentes de relações sociais que estão se traduzindo pelos próprios termos reais, discursivos e coletivos. Segundo Latour: “Os fatos científicos são construídos, mas não podem ser reduzidos ao social, porque está povoado por objetos mobilizados para construí-lo” (LATOURE, 1994, p. 12).

Portanto, investigar e analisar a construção do conhecimento sobre o TDA/H enquanto um aparato discursivo, que é um nível perfunctório de diferentes relações científicas, subsidia metodologicamente a compreensão da produção do conhecimento que ocorre em paralelo às transformações na sociedade e sem determinar *a priori* a hierarquia de agenciamentos que são localizados e contextualizados. Torna-se relevante compreender a *coprodução* da ciência e da ordem social (JASANOFF, 2004) mediada pelo discurso científico produzido pela psiquiatria brasileira e sua tradição organicista de pesquisa para doenças mentais, discurso que é o tradutor da natureza, produtor da “verdade” acerca do funcionamento do cérebro com o TDA/H.

Segundo Jasanoff (2004), ciência e sociedade fazem parte da atividade humana sob formas específicas, em que a ordem natural e humana são co-produzidas. O conhecimento científico é compreendido como incorporação de produtos sociais e constituído de formas de vida social. Esta perspectiva busca deslocar a noção da ciência como produtora da “verdade” ou mesmo como epifenômeno da sociedade.

Neste sentido, o TDA/H é um arcabouço discursivo, constituído de vocabulários, sintaxes e pressuposições, que através dos discursos neurobiológico e genético, ajuda a modelar a natureza do transtorno. É também um aparato e promotor de efeitos e forças que inauguram uma série de relações sociais, seja dentro ou fora das comunidades científicas. A recente história do transtorno, portanto, é permeada por efeitos sociais com sentidos específicos e a produção do conhecimento sendo o eixo principal destas relações. A análise desse conhecimento será feita tendo em vista a recuperação dos sentidos históricos das práticas científicas da psiquiatria no Brasil a partir de sua vertente organicista, a qual imprime em sua prática a noção de controle social dos sujeitos desviantes da norma social, seja pela eugenia, pela higienização social ou pelas terapias biológicas que ganharam espaço como prática medicamentosa nos últimos decênios. Portanto, cabe investigar o sentido específico da relação TDA/H e psiquiatria brasileira, ou a “biologização” do comportamento desatento.

3.2 CARACTERIZANDO O CAMPO, AS TÉCNICAS E O CONTEÚDO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE O TDA/H

Do levantamento empírico feito foram obtidos artigos em texto completo na base científica SCIELO e utilizou-se como método de investigação a meta-análise: análise estatística da coleção de resultados independentes com o propósito de integrar os achados dos estudos e responder às questões mais gerais da presente pesquisa (GLASS, 1976). A partir da leitura de cada um, foi feita uma separação dos artigos de acordo com os seguintes quesitos: (i) Quadro 1: enumerados e classificados pelo estrato da revista publicada; (ii) Quadro 2: foram enumerados os autores de cada artigo e elencados por formação acadêmica ou área de atuação e especialização encontrada em busca no currículo Lattes de cada autor. Em outra coluna, foi elencada a universidade ou departamento de pesquisa dos autores e financiamento da pesquisa quando mencionado (iii) Quadro 3: consta o número do artigo elencado na Quadro 1 e os métodos ou técnicas de pesquisa para cada artigo e síntese do conteúdo³⁶; (iv) Quadro 4: foi elencado o total da formação científica dos autores; (v) Quadros 5 e 6: gráfico sobre a formação e especialização dos autores em porcentagem. O objetivo de classificar os artigos é organizá-los para compreender o tamanho da amostra e o universo da pesquisa empírica, um mapeamento do campo científico estudado³⁷.

Em seguida, foi feita a análise sobre as revistas com maior número de artigos, levando em conta os autores que mais publicaram e o conteúdo encontrado – com ênfase nas técnicas e metodologias de pesquisas encontradas. Foram encontrados 163 autores diferentes. Paulo Mattos, psiquiatra, pesquisador e coordenador do Grupo de Estudos de Déficit de Atenção (GEDA), do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ) e palestrante do laboratório Janssen-Cilag, foi o autor que mais produziu, com 18 artigos presentes na amostra,

³⁶ Apenas os artigos de número 43, 44, 46, 49, 50, 52, 54, 55, 58 e 59 mencionaram haver conflitos de interesse na pesquisa feita. Os artigos de número 47 e 51 mencionaram não haver conflito de interesse em suas pesquisas. O conflito de interesse é uma declaração presente nos artigos que indica as possibilidades de haver problemas éticos na divulgação de uma produção científica cujo resultado da investigação pode estar associado aos interesses do patrocinador do estudo.

³⁷ Os quadros e gráficos podem ser encontrados nos Anexos desta dissertação.

todos em coautoria com outros pesquisadores. Outro pesquisador que publicou muito neste período, presente na amostra com 8 artigos (todos também em co-autoria), foi Gabriel Coutinho, pesquisador do GEDA formado em psicologia e com especialização em neuropsicologia.

No Quadro 2, pode-se observar que 24 artigos (38,7% do total de 62 artigos publicados nos últimos 5 anos) foram pesquisados pelo GEDA, departamento de pesquisa financiado pela Janssen-Cilag: o estudo foi financiado diretamente pelo laboratório ou um dos autores do artigo fazia parte do grupo de pesquisa. Poucos foram os artigos em que os membros eram palestrantes ou pesquisadores de outros laboratórios. Desse primeiro recorte da amostra de 62 artigos do universo da pesquisa, 4 artigos (6,4%) tinham pesquisadores da Novartis (Marcelo Gomes, Ênio Roberto de Andrade, Isabela Ganem Salomão de Souza, Cláudia Maciel Szobot, Marcos Romano) e Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva que é financiado pela Abbot, Astra-Zeneca, Janssen-Cilag e Novartis.

Além do GEDA, outras universidades e departamentos dos pesquisadores que apareceram com relativa frequência, mas com menor número de publicações, foram a Universidade de São Paulo (USP) e o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Ipq - HCFMUSP) com 4 artigos (4,8% das publicações), o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com 8 artigos (12,9% das publicações), o Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com 6 artigos (9,6% das publicações).

Ainda pelo Quadro 2, foi possível elencar a formação acadêmica dos pesquisadores, que incluem desde a psiquiatria, a psicologia e a medicina passando pelas ciências biológicas, a fonoaudiologia, a farmácia, a nutrição, fisioterapia, sociologia, entre outras. Das formações acadêmicas (ver Quadro 5) dos 163 pesquisadores, 83 são psiquiatras (50,9%), 50 são psicólogos (30,7%) e as especializações que mais apareceram na amostra são as vinculadas às neurociências (neuropsicologia, neuropsicobiologia, neuropsiquiatria, neuroimagem, neuropsicologista infantil, neurologia pediátrica, neurocientista computacional), totalizando 81 autores (49,7%).

No Quadro 1, foi possível verificar que as revistas que mais publicaram artigos sobre o TDA/H nos últimos cinco anos foram: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, do Instituto de Psiquiatria

da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), revista do estrato Qualis B3 com 15 publicações (24,1% das publicações); revista Arquivos de Neuropsiquiatria da Academia Brasileira de Neurologia (ABN), Qualis B1 publicou 13 artigos (20,9% das publicações); Revista Brasileira de Psiquiatria, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Qualis B1 teve 8 publicações (12,9% das publicações); Revista de Psiquiatria Clínica do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Qualis B4 publicou 6 artigos (9,6% das publicações); e a revista Psicologia escolar e educacional da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Qualis B1 publicou 6 artigos (9,6% das publicações). O total desta amostra é de 48 artigos, ou 77,4% das publicações que serão consideradas para análise do conteúdo e das técnicas de investigação do TDA/H de 2007 a 2012.

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* é uma revista de divulgação da UFRJ que:

(...) se insere em programas de educação continuada e atualização e tem como missão divulgar trabalhos de pesquisa (realizados em instituições brasileiras e estrangeiras) cujos resultados tenham potencial para a investigação e prática clínica no campo da Psiquiatria. Criado em 1938, foi publicado até 1950, sob o título “Anais do Instituto de Psiquiatria”, sem periodicidade regular. A partir de 1952, recebeu o nome de *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* e passou a ter periodicidade semestral e seu formato foi adequado ao dos periódicos científicos no campo da Medicina.³⁸

A *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* é uma revista da Academia Brasileira de Neurologia (ABN)³⁹, uma sociedade civil sem fins lucrativos, e é a maior e mais importante associação dos neurologistas do Brasil. Fundada no Rio de Janeiro, a ABN representa o Brasil na *World Federation of Neurology*, dirige a sessão de Neurologia da Associação Médica Brasileira e tem como fundamento a promoção do desenvolvimento científico da neurologia brasileira. Dentre os periódicos científicos há o *Boletim Neuro Atual*, *Dementia & Neuropsychologia* e *Neurobiologia e Revista Neurociências*.

³⁸ Fonte: www.ipub.ufrj.br, acessado em 21 de Janeiro de 2013.

³⁹ www.abneuro.org, acessado em 15 de Janeiro de 2013.

A *Revista de Psiquiatria Clínica* é um veículo de divulgação tecno-científica do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de contribuição científica para o campo da psiquiatria e áreas correlatas.

A *Revista Brasileira de Psiquiatria*, da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), é uma entidade sem fins lucrativos e realiza o *Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, evento de referência no Brasil e América Latina, considerado o terceiro maior da especialidade no mundo. A entidade trabalha em defesa do exercício profissional e da atualização da psiquiatria seguindo o critério da Associação Médica Brasileira (AMB) e publica a *Revista Brasileira de Psiquiatria*, principal publicação científica no país⁴⁰.

A *Revista Psicologia Escolar e Educacional* é uma revista científica da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE):

(...) fundada em 1990 por um grupo de psicólogos interessados em congregar os estudiosos e profissionais da área, visando o reconhecimento legal da necessidade do psicólogo escolar nas instituições de ensino, bem como estimular e divulgar pesquisas nas áreas de psicologia escolar e educacional. A Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, que tem por finalidade incentivar o crescimento da ciência e da profissão de psicólogo escolar e educacional, como um meio de promover o bem-estar e o desenvolvimento humano, enfocando para isto o processo educacional em seu sentido mais amplo.⁴¹

Após apontar quais as comunidades científicas, revistas e formação dos pesquisadores, serão apresentadas: 1) o total de publicações que são financiadas por laboratórios e empresas farmacêuticas; 2) as técnicas de investigação que apareceram com maior frequência; 3) análise de conteúdo dos artigos.

Pelo levantamento realizado, o GEDA da UFRJ é o grupo que mais pesquisas realizou sobre o TDA/H nos últimos anos. O grupo é financiado pelo laboratório Jansen Cilag, que produz

⁴⁰ Presente em www.abp.org.br.

⁴¹ Fonte: www.abrapee.wordpress.com.

o fármaco Concerta. Este fármaco tem em sua composição o metilfenidato, de uso adulto e pediátrico para crianças com mais de 6 anos de idade. Historicamente, o IPUB da UFRJ é um dos principais centros de pesquisas em Psiquiatria no Brasil. Criado em 1938, o instituto é ligado a uma tradição de pesquisa da vertente organicista de doença mental.

O IPUB possui ainda uma das primeiras revistas científicas brasileiras das psicociências, que foi influenciada pelo paradigma organicista de Kraepelin em seu início, o *Anais do Instituto de Psiquiatria* que depois veio a ser o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Revista científica que mais publicou sobre o TDA/H entre 2007 e 2012, com cerca de 15 artigos ou 25% das publicações da amostra da pesquisa.

Os pesquisadores que mais publicaram foram Paulo Mattos, com 18 artigos ou 37,5% (psiquiatra do GEDA, palestrante da Janssen Cilag e pesquisador da UFRJ) e Gabriel Coutinho, com 8 artigos ou 16,6% (neuropsicólogo da UFRJ). Ambos os pesquisadores estiveram presentes na amostra em artigos do GEDA, laboratório financiado pela Janssen Cilag. Ao todo, 23 estudos (47,9%) foram financiados por laboratórios farmacêuticos: os pesquisadores eram palestrantes e financiados por empresas farmacêuticas ou eram pesquisadores do GEDA que é financiado pela Janssen Cilag.

Outro dado presente na amostra foram as técnicas e os instrumentos utilizados nos estudos para diagnóstico e aferição do comportamento do sujeito com TDA/H. Nas diferentes revistas que compõem a hegemonia discursiva sobre o transtorno, foram encontrados 18 artigos ou 37,5% da amostra. O primeiro grupo de artigos (8 ou 16,6% do total) discute a eficácia dos instrumentos utilizados para o diagnóstico ou as escalas para detectar os sintomas do TDA/H em crianças e adultos - *Interview for Psychiatry Syndromes* (ChIPS) na versão para pais e filhos, o questionário *Adult ADHD Quality of Life Questionnaire* (AAQoL), o questionário KIDDIE-SADS, a escala LICKERT, a Escala PedsQL, Escala de Desenvolvimento Motor e escala BARRAT.

O segundo grupo de artigos (11 ou 22,9%) traz técnicas utilizadas nos estudos e compreendem testes cognitivos de auxílio-resposta com administração de metilfenidato ou de investigação do comportamento do cérebro com e sem TDA/H – são eles o teste computadorizado TAVIS-III, WISC-III, teste psicofísico de atenção voluntária (TPAV - figura

4.1), teste de desempenho auditivo pré e pós administração do metilfenidato, ressonância magnética (figura 4.2), eletroencefalograma, estímulos HitRT, testes Corsi, teste de memória operacional auditivo-verbal.

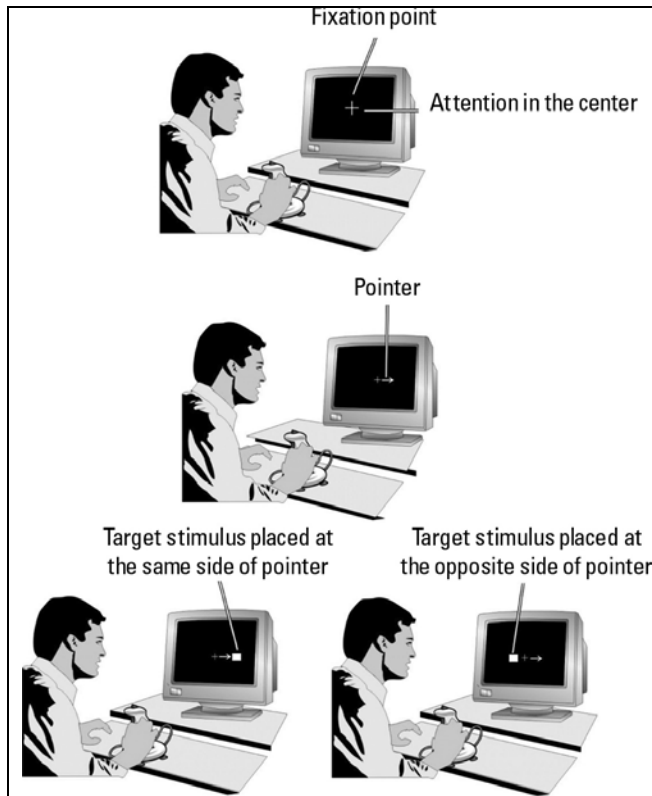


Figura 4.1: Figura do teste psicofísico da atenção voluntária (TPAV). Fonte: BOLFER, Cristiana et al. Reaction time assessment in children with ADHD. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 68, n. 2, Apr. 2010.

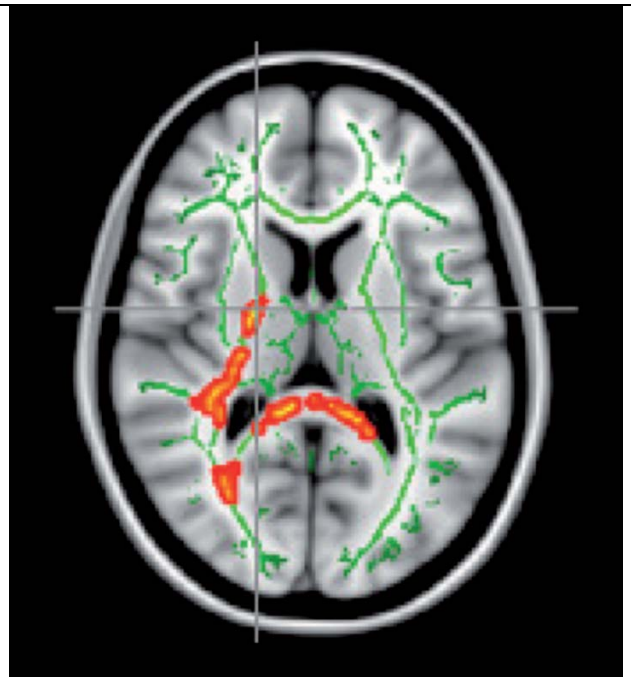


Figura 4.2: Imagem de ressonância magnética do cérebro com TDA/H. Fonte: PASTURA, Giuseppe et al. Advanced techniques in magnetic resonance imaging of the brain in children with ADHD. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v. 69, n. 2a, Apr. 2011.

É possível constatar que as técnicas que investigam os estímulos auxílio-resposta possuem relação com a psicologia behaviorista e cognitivista. Por exemplo, a figura 4.1 do teste TDAV é uma análise do comportamento do indivíduo com e sem TDA/H em uma simulação em computador de linhas que ativam a percepção e a atenção. É considerado o portador de TDA/H aquele que não consegue acompanhar os exercícios com atenção e responde a eles em um tempo maior que outros indivíduos considerados “normais”. A utilização dessas técnicas e testes tem

como pressuposto que existem processos mentais implícitos no comportamento que podem ser verificados pela memória, atenção e percepção do indivíduo. Neste sentido, o indivíduo com TDA/H não responde em tempo “normal” aos exercícios e estímulos do teste; isto corresponderia então a uma anormalidade que é hipoteticamente neurológica.

Os testes de encefalograma e de ressonância magnética do cérebro acometido pelo TDA/H (figura 4.2) exercem na comunidade científica a crença na possibilidade de se verificar a origem neurológica do transtorno através das imagens. A legitimidade do conhecimento biológico presente na amostra fundamenta-se na confiabilidade que o arcabouço técnico lhe garante sobre o TDA/H e configura o estatuto epistemológico hegemônico das “vozes” que o investiga.

Outro tema frequente nos artigos foram os estudos de comorbidade entre o TDA/H e outras patologias, presente em 10 artigos (20,8% dos artigos). As comorbidades que podem estar associadas com os critérios diagnósticos do TDA/H nos estudos são: síndrome de Gilles de La Tourette, transtorno de humor bipolar, depressão, déficit cognitivo global, transtornos invasivos do desenvolvimento, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno opositor e o uso de substâncias psicoativas.

Na amostra, também encontramos 3 artigos (6,25%) sobre estudos para identificar a prevalência do transtorno em escolas públicas e 1 artigo (2,08%) sobre o conhecimento que os pais têm sobre o TDA/H, 1 artigo de revisão de conceitos como resiliência, 1 artigo de revisão de estudos de neuroimagem sobre o papel do *cerebellum* na patofisiologia de transtornos psiquiátricos e 1 artigo sobre os efeitos do hidrocloreto do metilfenidato em ratos.

O dado das técnicas e o conteúdo dos estudos que foram feitos com instrumentos diagnósticos buscam corroborar seus resultados ao comparar com a “literatura oficial”: os estudos de Russel Barkley e os critérios propostos pelo DSM-IV. Alguns deles são traduções dos questionários (AAQoL e do ChIPS, por exemplo) utilizados em estudos que ainda não possuem traduções para a língua portuguesa e corroboram a hipótese da prevalência do transtorno em crianças. Este conjunto de artigos de estudos de comorbidade e prevalência representam para as comunidades científicas brasileiras de psiquiatria que estudam o TDA/H, ao utilizarem diferentes instrumentos de pesquisa que investigam as causas das doenças mentais e ao traduzi-los e

verificarem a eficácia de seu uso, uma forma de associar-se aos critérios dos manuais internacionais (DSM e CID) e aos estudos de maior relevância na área, como os de Russel Barkley. Referências que conferem às comunidades científicas brasileiras maior legitimidade em suas investigações sobre o transtorno.

É preciso enfatizar que todos os estudos discutem a terapia com o metilfenidato, seja para avaliar os efeitos colaterais em cobaias ou os testes auditivos com pacientes que ingeriram o fármaco, ou mesmo como os estudos da revista ABRAPEE que buscam soluções alternativas à intervenção medicamentosa.

3.3 DOS MODOS DE CONTROLE SOCIAL DO TDA/H NA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

Como foi possível verificar, o conhecimento sobre o TDA/H no Brasil é hegemonicamente produzido por pesquisadores da psiquiatria e das neurociências, áreas que delimitaram os saberes estruturantes da prática psiquiátrica e que amparam suas investigações pelo conceito de doença mental como resultado de disfunções orgânicas. Historicamente, este conceito permitiu a associação da disciplina psiquiatria aos conceitos e práticas “internacionais” reputadas e tidas como “legítimas” (principalmente práticas científicas da psiquiatria praticadas na França, Alemanha e Estados Unidos). Outro achado relevante do mapeamento foi identificar que o financiamento das pesquisas vem, em grande parte, das indústrias farmacêuticas que produzem o fármaco comumente utilizado na terapia do TDA/H.

Diante da proposta de analisar a “biologização” do comportamento desatento, cabe realizar uma análise sociológica dos sentidos históricos mobilizados pelas investigações que buscam encontrar as causas neurológicas do TDA/H. Neste sentido, reforço que a relação entre tradições de pesquisa, indústria e doença é um fenômeno social no qual a ciência é um ator social preponderante ao definir as técnicas que irão delimitar o que é “doença”.

A perspectiva da construção social da doença enfatiza os aspectos culturais e sociais de fenômenos amplamente considerados como naturais ao recusar o conhecimento como estritamente positivista. A forma como a doença é considerada, em sua condição biológica, é reflexo de interações de contextos sociais que delineiam os significados das fronteiras do

conhecimento científico. A construção social é uma tradição de pesquisa da sociologia que examina como indivíduos e grupos sociais se constituem para a produção da realidade social (BERGER; LUCKMAN, 1994).

As origens da abordagem construtivista da doença têm múltiplas raízes intelectuais em escritos de sociólogos como Émile Durkheim (1858-1917), Karl Mannheim e William Isaac Thomas (1863-1947). Mas as fundações intelectuais dessa teoria se estabeleceram entre 1960 e 1970, em pesquisas que buscavam se distanciar de interpretações positivistas dos problemas sociais. Estudiosos dessa tradição afirmavam que aquilo que pode ser interpretado como um comportamento desviante, como o caso da “loucura” e outras doenças mentais, não é um problema social “dado”, mas é atribuído dentro de um contexto social particular em “empreitadas morais” feitas por grupos sociais (BECKER, 1963; GUSFIELD, 1967, 1975; SPECTOR; KITSUE, 1977). Para essa corrente sociológica, a forma como se concebem os conceitos das doenças mentais são categorias com o propósito de controle social, ao definir e impor o modo como determinadas pessoas devem se comportar. São comportamentos e experiências que passam a serem tratadas como doenças a partir de condições médicas e exercem um tipo de controle social (CONRAD; BARKER, 2010; ZOLA, 1972).

Como pode se verificar no capítulo histórico da psiquiatria no Brasil, utilizar das técnicas de pesquisa que investigam a origem neurológica do aluno mal comportado e desatento, os estudos que seguem os critérios da literatura internacional, as fronteiras diagnósticas do TDA/H com outras comorbidade e a discussão da terapia medicamentosa representa o empoderamento das práticas científicas da psiquiatria brasileira – disciplina hegemônica nos estudos com especialização em Neurociências – em sua vertente organicista nos cuidados da doença mental. Meio pelo qual foi possível associar-se à proposta de psiquiatria biológica presente no DSM, classificação que se propõe como atórica, neutra e amplamente generalizável, e que confere legitimidade à tradição e aos estudos da psiquiatria biológica brasileira.

Um dado relevante para analisar a legitimidade da psiquiatria para as investigações sobre o TDA/H é o número de publicações do Instituto de Psiquiatria da UFRJ através do GEDA. Constata-se que este grupo de pesquisa é o ator hegemônico na produção do discurso biológico do transtorno, pois é a comunidade científica que mais publicou entre 2007 e 2012. Como foi

possível constatar no levantamento histórico do primeiro capítulo, a UFRJ é um centro tradicional de pesquisas sobre as causas orgânicas das doenças mentais. A universidade abrigou, no passado, o primeiro hospício brasileiro influenciado pelo alienismo francês e foi a primeira instituição a formar médicos-psiquiatras na Faculdade de Medicina. Sua tradição organicista se iniciara já na década de 1920 e 1930.

Portanto, o conhecimento sobre a origem neurológica do comportamento desatento, que diferencia o grau de atenção de um portador de TDA/H e de um sujeito normal, só é possível no atual contexto das comunidades científicas de psiquiatria no Brasil que possuem tradição de pesquisa das doenças mentais com ênfase no organicismo. Essas comunidades, em sua história, buscaram se associar aos manuais internacionais e ao *establishment* médico. Segundo Carrara (1996), o conhecimento científico é o meio pelo qual as especialidades se posicionam e estabelecem poder e como foi possível constatar nas investigações, a psiquiatria brasileira fez uso das pesquisas da psiquiatria cognitivista, behaviorista e das técnicas de visualização cerebral para tornar o seu conhecimento científico neutro e objetivo, bem como para delimitar as fronteiras de sua ciência.

Neste caso, ao estabelecer o TDA/H como disfunção neurológica, passível de mensuração via imagens do cérebro, os psiquiatras ampliam o seu campo de atuação e sua legitimidade. É uma estratégia de poder/saber discursiva que permite associá-la aos regimes de verdade – conceitos propostos por Foucault (2010) – que operam no contexto da mundialização das doenças mentais através do DSM e do CID. Determina a ação, o comportamento de cientistas e de sujeitos vinculados à produção do conhecimento do TDA/H, que passaram assumir o paradigma e as técnicas neurocientíficas como um meio de validar sua prática enquanto um sistema de crenças. São valores que exercem efeitos de poder através do saber e emergem especificamente em um contexto de legitimação da ciência psiquiátrica brasileira em sua vertente organicista. O discurso neurobiológico, praticado hegemonicamente por psiquiatras e neurocientistas que investigam o TDA/H, é um meio de empoderamento para garantir-lhe legitimidade científica.

Os processos pelos quais os problemas “não-médicos” tornam-se definidos e tratados como problemas médicos, pelos termos “doença” ou “desordens”, é o que Conrad (1975;1992) denomina de *medicalização*, um conceito que analisa como o comportamento desatento tornou-se

um problema médico ao ser definido como “doença”, uma forma de autorizar e licenciar as profissões médicas para oferecer tratamentos e manejar as “doenças mentais” (alcoolismo, abuso de drogas, o tratamento da violência como um problema genético ou de desordem mental, ou o próprio TDA/H) como uma forma de controle social.

O conceito de *medicalização* vem sendo utilizado na literatura dos ESCT como uma crítica a fenômenos sociais que são excessivamente tratados como objeto de estudos médicos de forma neutra. Conceito que trata, portanto, de processos e resultados de problemas humanos na jurisdição da profissão médica. Dentre as origens conceituais da medicalização, Talcott Parsons (1951) é um dos primeiros sociólogos a tratar a “doença” através da *labelling theory* (teoria da rotulagem): os termos em que se assentam o conceito de “doença” atuam de forma a legitimar e condicionar um desvio social (prostitutas, alcóolatrás, despossuídos, crianças com dificuldade de aprendizagem, entre outros desviantes) em termos de “doença” e reforçam o papel da medicina como instituição social.

Dois aspectos são relevantes diante desta conceituação: (i) medicalização é um processo que faz a vida cotidiana entrar no domínio médico, sob sua influência e supervisão (ZOLA, 1972); (ii) a medicalização define o comportamento como problema médico ou doença, determinando ou licenciando a profissão médica a prover algum tipo de tratamento para isso. Adota-se uma perspectiva médica para entender o problema e, então se estabelecem os meios de intervir e tratá-lo.

Levando em conta o conceito de doença mental construído pelas tradições de pesquisa organicistas, o TDA/H pode ser interpretado como um transtorno degenerativo hereditário, gradativamente mais profundo nas gerações sucessoras, que seria passado através de fatores biológicos. A psiquiatria exerce controle através da terapia psicofarmacológica, atuando no comportamento do indivíduo acometido ao elevar ou rebaixar qualidades da criança em idades escolar. Dessa forma, o sentido de administrar o fármaco é um controle que a psiquiatria exerce no aluno desatento, ocioso, que não atinge a média do comportamento das crianças, previne o possível comportamento que poderá atrapalhar o meio social no qual a criança convive e estipula os meios que o indivíduo com transtorno deve tomar como referência para tornar-se disciplinado.

A proposta de análise é que investigar as causas neurológicas do sujeito desatento desta forma estaria contextualizado em uma história da psiquiatria brasileira que buscou intervir em problemas sociais, sobre os sujeitos considerados “doentes mentais”, de forma a higienizar a sociedade, controlar os “loucos” ou sujeitos que desviavam de uma norma social sob o regime de práticas e técnicas que são formas de controle social. Com as terapias psicofarmacológicas que amparam as principais técnicas da psiquiatria organicista na atualidade, a administração do metilfenidato seria uma nova forma de confinamento das identidades auferidas como “anormais” (em alusão à hegemonia dos asilos como técnica terapêutica de tratamento dos desviantes sociais) e um meio de controle exercido sobre o comportamento de crianças desajustadas, inquietas, que estão “no mundo da lua”, que são hiperativas.

Diante da perspectiva teórica e das técnicas adotadas pela psiquiatria brasileira para analisar e diagnosticar e TDA/H, conclui-se que o conhecimento científico produzido sobre o transtorno é o eixo fundamental para explicar como a “doença” é considerada pelos atores mobilizados a investigá-la, bem como pelos sujeitos diagnosticados pelo transtorno. As investigações que buscam as origens neurológicas do déficit de atenção – as ressonâncias magnéticas, os testes estímulo-resposta, a avaliação por inúmeros testes da administração do metilfenidato em humanos e ratos – são técnicas que reforçam a interação do psiquiatra e paciente através da elaboração de um saber psiquiátrico que se baseia no conhecimento médico das neurociências. Conhecimento científico que ampara o diagnóstico clínico e terapêutico do TDA/H. É esse o eixo principal entre a ciência – compreendida como uma prática social – e a sociedade.

Desta forma, o conhecimento científico do transtorno possui significados históricos contextualizados (seja pela história da psiquiatria brasileira, seja pela própria história do transtorno) que se inserem em uma estratégia discursiva de poder/saber ao estabelecer a diferença da “normalidade” e “anormalidade” como formas de controle social do indivíduo desatento. Essas são as formas pelas quais certos comportamentos passam a fazer parte de condições médicas – elas também justificam a interpretação do TDA/H como um tipo de controle social (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Quando um médico diagnostica uma condição humana como doença, ele modifica o comportamento do homem por meio do diagnóstico; um estado social é adicionado a um estado biofisiológico ao atribuir o estado de doença à enfermidade. É nesse sentido que médicos criam doenças (...) e que a doença é (...) analítica e empiricamente distinta de uma mera enfermidade (FREIDSON, 1970, p. 223 apud CONRAD. BARKER, 2010).⁴²

Ao se considerar um comportamento desviante pelo conhecimento científico que outorga à desatenção uma condição biológica, o saber psiquiátrico ampara o diagnóstico clínico sobre o indivíduo com o transtorno e imprime-lhe um rótulo – o sujeito que foge do padrão de comportamento de crianças em fase escolar, com futuros riscos sociais é “doente”, portador de uma disfunção – e um espaço – o corpo – que é passível de intervenções com o objetivo de controlar o comportamento desviante da normalidade social. Dessa forma, ao estado social é adicionada uma condição biopsicofisiológica.

De acordo com a teoria da construção social da doença, parte-se da premissa de que o uso de categorias médicas que investigam o comportamento desatento, através do reduto biológico e naturalista das técnicas de visualização cerebral e da terapia com fármacos, é uma prática dotada de sentido. Os critérios da “desatenção”, “atenção” e “hiperatividade” são conceitos que determinam um padrão de comportamento dos indivíduos diagnosticados e instigam o que deve ser considerado como “normalidade” e o padrão de comportamento de crianças em fase escolar. Além disso, aufere sobre o cérebro deficitário a origem da “anormalidade” e estabelece critérios e padrões do que seria sua condição “normal”. Estabelecer a identidade do indivíduo neurologicamente “anormal” com base no transtorno é uma forma de sedimentar o domínio do saber psiquiátrico e do controle dos acometidos.

De modo geral, a construção social do conhecimento sobre o TDA/H é uma forma de enquadrar experiências e problemas vividos no cotidiano escolar (problemas do regime das escolas, dos modelos educacionais, do dia-a-dia das famílias) em termos de “doença” (CONRAD,

⁴² Tradução do Autor (T.A).

2006). O diagnóstico clínico elaborado tem como base um conhecimento científico medicamente válido, aceito e praticado que categoriza e define as causas da doença como disfunções neurológicas. O controle destes indivíduos se dá através da crença de que os enunciados cientificamente “válidos” e “comprovados” promovem, bem como através da administração terapêutica do fármaco, meio de manejar o corpo do doente e de docilizar o comportamento que foge da normalidade. Esta forma de controle se dá pelo reforço contínuo do conhecimento científico que indica o tratamento farmacológico como meio de amenizar os “males” e os “sintomas” do desvio social por meio da prática médica.

No caso do TDA/H, a medicalização do comportamento desatento, através do diagnóstico clínico e da terapia farmacológica, separa pelo aparato científico o que é “dificuldade” de atenção eo que é “bom” comportamento. Eixo que é fundamental para as pessoas que lidam com o indivíduo acometido em seus diferentes contextos, pois passam a categorizar as diferenças do socialmente “normal” e “anormal” e a lidar com o “doente” de uma forma que define a ação a ser tomada, na medida em que imprime o rótulo e a identidade do indivíduo. Esta diferenciação é fundamental para o diagnóstico clínico no controle do bom e mau comportamento. Segundo Conrad (1975), definir o comportamento com TDA/H possui implicações às políticas escolares, que nesse contexto encorajam cada vez mais o uso de medicamentos para alunos com incapacidade de aprendizagem pelo déficit de atenção. Ao invés de serem apontados os problemas sociais que as próprias escolas enfrentam, as falhas do regime escolar recaem sobre os alunos acometidos pelo transtorno.

Outro dado de extrema importância para análise é o financiamento das pesquisas sobre o TDA/H por empresas farmacêuticas. O atual contexto das classificações baseadas na psiquiatria biológica, presentes no DSM e CID, são categorias diagnósticas que se diferem da categoria de “doenças mentais”, como na época de confinamento nos asilos, local que é o meio de se instaurar a própria ciência psiquiátrica. A psiquiatria comunitária representa a queda dos muros dos asilos. Novos aparatos institucionais foram criados para tratar o doente mental e há a ampliação dos critérios para definir o “doente mental”. Se o espaço asilar é considerado por Michel Foucault (1978) a condição necessária para se estabelecer a ciência psiquiátrica, há uma transição da territorialidade da fronteira deste saber para os manuais e classificações internacionais.

Em sua lógica, “doença mental” é uma categoria que, na época do confinamento em asilos, tinha como pressuposto para sua definição o sujeito que desviava da “normalidade social”. Com o DSM e o CID, doença mental é considerada uma disfunção biológica centrada no indivíduo a partir de descrições empíricas e padrões de sintomas verificáveis. A mudança no conceito presente nos manuais multiplicou as classificações fronteiriças da “normalidade” e o diagnóstico das patologias mentais passou a implicar a prescrição de drogas psiquiátricas criadas e comercializadas por companhias farmacêuticas. Para que essa lógica terapêutica ocorra, o conhecimento científico baseado em pressupostos biológicos sobre o comportamento desatento é de fundamental importância.

Nikolas Rose (2007, 2010) aponta que as técnicas de visualização cerebral e os novos esquemas de classificação psiquiátrica estão associados à criação de mercados de consumo em larga escala pela indústria farmacêutica. Esta que se baseia nos estudos das neurociências para elaborar suas mercadorias que visam aperfeiçoar o funcionamento cerebral através do consumo de fármacos e drogas psiquiátricas. São novas neuro-tecnologias que constituem intervenções no modo como percebemos e conceituamos nossas identidades e subjetividades, o que nos define essencialmente como ser humano e as consequências destas classificações (DUMIT, 2003).

Como exemplo do atual contexto das pesquisas sobre o TDA/H no Brasil, durante a década de 1990 e 2000, o “mercado psiquiátrico” aumentou cerca de 200% na América do Sul. Em relatório trienal da ONU de 2008 a 2011, o Brasil fabricou em média, por ano, 93kg e importou em média 465 kg de metilfenidato por ano (ONU, 2011). Segundo Itaborahy (2009), o início da produção do fármaco no país foi em 1998 e entre 2002 e 2006 a produção de metilfenidato cresceu 465%, em 2007 foram vendidas 1.150.000 caixas de metilfenidato.

Para Rose (2006), o aumento do diagnóstico e da prescrição de fármacos para o TDA/H é um dos aspectos que confere um estatuto científico “controverso” a esta desordem, pois as doenças mentais são categorias que podem ser consideradas oportunidades vitais para a criação do lucro privado e do crescimento econômico nas sociedades liberais e, neste sentido, o investimento em pesquisas científicas é de fundamental importância para as indústrias farmacêuticas. Para que se tornem efetivas as oportunidades de lucro no mercado de saúde

mental, as técnicas, os diagnósticos e os cálculos da eficácia que os tratamentos com fármacos produzem através do conhecimento científico são de extrema importância.

Conrad (1975) aponta que a Revolução Farmacêutica foi de extrema importância na definição das fronteiras da etiologia do TDA/H, pois as drogas que atingem o sistema nervoso central (como o metilfenidato) ganham maior promoção quando empresas farmacêuticas passam a criar anúncios direcionados ao setor médico e educacional, uma forma de promover e gerar consenso acerca do diagnóstico do TDA/H. Na década de 1960, a psicofarmacologia começou a fazer parte integral no tratamento de doenças mentais e garantiu maior legitimidade e confiança sobre a profissão médica e sua abordagem farmacológica para as doenças mentais.

Como foi possível verificar no estudo empírico, a indústria farmacêutica se afirma como ator central no financiamento do conhecimento científico sobre o TDA/H. A promoção do conhecimento científico é o eixo que garante legitimidade e subsidia a prescrição médica dos fármacos. Os psiquiatras ainda são atores hegemônicos em suas profissões para estabelecer o diagnóstico clínico e as terapias indicadas para o tratamento de seus pacientes. Mas o poder de suas ações passou a ser influenciado pela expansão da indústria farmacêutica no processo de medicalização. O fortalecimento do interesse econômico promoveu os meios de garantir seus interesses e a ciência psiquiátrica exerceu influência fundamental na definição das fronteiras do que pode ser considerado “doença mental”. Dessa forma, o conhecimento médico não é necessariamente encontrado na natureza, mas construído por indivíduos e grupos reivindicadores, partes interessadas na construção das categorias que auferem o que é a “doença” com uma forte agenda política, carregadas de juízos de valor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação buscou investigar o conhecimento científico acerca do TDA/H a partir do arcabouço teórico dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT). De forma específica, a construção social da doença foi a referência teórica para compreender o desenvolvimento científico da patologia a partir de suas contingências históricas. O foco de análise foi a “biologização” do comportamento desatento na psiquiatria brasileira, ou seja, como o conhecimento científico sobre o transtorno veio a ser investigado por uma concepção organicista ou “biológica” de doença mental na psiquiatria brasileira. Assume-se como premissa da investigação e da análise que o conhecimento científico é um movimento dinâmico e complexo que envolve diferentes atores sociais mobilizados para construí-lo.

O primeiro capítulo tratou de investigar as contingências históricas do conhecimento do TDA/H no século XX. Em um primeiro momento, foi proposto analisar a história da patologia através dos conceitos de Ludwik Fleck. Tais conceitos orientaram a análise das dinâmicas históricas e sociais da formação do conhecimento científico da Patologia, cujo diagnóstico passou por descrições sintomatológicas e etiológicas diversas. O defeito da atenção, a hiperatividade e a impulsividade são os principais critérios presentes no DSM-IV/RT atual, cujo significado de suas definições estão entrelaçados entre si, mas variam e alternam sua importância para a descrição do transtorno se analisados sob a perspectiva histórica.

O intuito de resgatar o percurso histórico da patologia foi analisar os momentos em que os critérios da atenção e da vontade foram incorporados como diagnóstico psiquiátrico e legitimados como uma deficiência neurológica do indivíduo acometido. Esse resgate foi possível na medida em que a análise historiográfica tomou, como pressuposto metodológico, o conhecimento científico como um espaço epistêmico contingente de variáveis sociais. Foi possível constatar que, atualmente, a produção do conhecimento científico sobre a patologia se insere em um contexto de grande influência das indústrias farmacêuticas sob a prática psiquiátrica, o que, consequentemente, redefine o que é considerado normal e patológico. Desde o momento que os cientistas que investigavam a etiologia precursora do TDA/H estabeleceram sua *diferentia specifica*, o transtorno foi se formatando como um problema de pesquisa para a psiquiatria e para

a neurologia, disciplinas que estabeleceram as fronteiras do que veio a ser considerado o transtorno, bem como a condição terapêutica de como reestabelecer as crianças “anormais” à sua moral-normal, através de técnicas que investigam a origem neurológica da disfunção da desatenção.

O segundo capítulo consistiu em uma revisão historiográfica da formação da psiquiatria no Brasil, principalmente pelas experiências paulista e carioca, com ênfase na tradição de pesquisas que conceituam doença mental como resultado de disfunções orgânicas. Foram apresentados os contextos históricos de sua formação e institucionalização no país e observou-se que, inicialmente, a psiquiatria esteve associada ao alienismo francês, mas não tardou para começar a ser influenciada pelo paradigma organicista da psiquiatria de Emil Krapelin, através da formação da elite médica brasileira na Europa.

Entre 1920 e 1950, formou-se uma tradição organicista de estudos em doenças mentais pela psiquiatria, que investigavam as causas fisiológicas do estudo de doenças mentais. Foram destacadas a formação do campo psiquiátrico no Rio de Janeiro e a atuação de Franco da Rocha e Pacheco e Silva na formação do Hospício de Juquery e na formação da ciência psiquiátrica em São Paulo. De forma específica, a escola Pacheco e Silva para os degenerados mentais foi uma forma de exemplificar como havia um projeto de controle social através da eugenia e da higienização social para as crianças que eram consideradas “delinquentes” e poderiam trazer futuros problemas à sociedade.

A própria atuação de Pacheco e Silva foi emblemática na consolidação das principais técnicas que mobilizaram a formação do conhecimento científico da psiquiatria, com ênfase na concepção neurológica das doenças mentais e com a formação da cátedra de Neurologia e das Terapias Biológicas. A criação do Instituto de Psiquiatria e sua associação ao Hospital de Clínicas da USP representam a legitimação da prática psiquiátrica como eminentemente médica. Entre 1950 e 1960, a emancipação da administração de fármacos utilizados no tratamento dos doentes mentais passou a influenciar a terapia de uma série de patologias mentais e a prática psiquiátrica associou-se, dessa forma, às indústrias farmacêuticas e à pesquisa laboratorial de fármacos.

Dessa forma, foi proposto no segundo capítulo que a psiquiatria se estabeleceu como uma especialidade eminentemente médica pela proliferação dos acontecimentos que permitiram suas práticas se estabelecerem como científicas. Isso foi possível a partir do estabelecimento de tradições de pesquisas que investigavam o distúrbio orgânico das doenças mentais.

No terceiro capítulo, buscou-se fazer uma revisão sobre a Sociologia do Conhecimento Científico ao propor que a investigação do conhecimento científico permite identificar o modo como diferentes atores sociais estão envolvidos na construção do conhecimento. A utilização dessa metodologia teve como objetivo compreender as influências sociais na construção do conhecimento e da legitimidade do TDA/H pelo conceito de coprodução de Sheila Jasanoff.

Diante desta proposta, foi feito um mapeamento dos campos científicos e das técnicas utilizadas para investigar o TDA/H no Brasil, através de um levantamento de artigos sobre o transtorno publicados entre 2007 e 2012 na base científica SCIELO. Foi um estudo qualitativo de análise de conteúdo, que buscou identificar quais as técnicas e discursos foram articulados nos artigos analisados. A investigação foi norteadada pela hipótese da hegemonia biológica na produção do conhecimento científico sobre o transtorno– com bases, principalmente, nos conhecimentos oriundos da neurologia. O resultado da pesquisa apontou a hegemonia de cientistas com formação na psiquiatria e nas neurociências nas pesquisas sobre o TDA/H. Constatou-se ainda que muitos artigos publicados são estudos financiados por empresas farmacêuticas. Sobre o conteúdo, foi possível constatar o uso de técnicas que estão associadas à “literatura internacional” sobre o transtorno, que é hegemonicamente investigado com base na hipótese de sua causa ser neurológica.

Neste levantamento empírico, foi possível verificar que as investigações sobre o TDA/H no Brasil se inserem em uma estratégia discursiva de empoderamento para a psiquiatria, disciplina que historicamente buscou estabelecer as bases científicas de sua área como forma de assegurar as fronteiras de sua prática científica – tal fato foi verificado, principalmente, nas pesquisas desenvolvidas pelo Instituto de Psiquiatria (IP), através do Grupo de Estudos do Déficit de Atenção (GEDA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), local de tradição em pesquisas que buscam as causas biológicas ou orgânicas das doenças mentais. Foi possível constatar, no levantamento, que os critérios utilizados para a investigação do TDA/H estão

associados à “literatura internacional” sobre o transtorno e que seguem técnicas de investigação que buscam as causas neurológicas e apontam a origem orgânica do defeito da atenção.

Para análise dos dados, foram retomados alguns conceitos da teoria sociológica da construção social da doença para identificar os aspectos sociais na promoção do conhecimento científico do TDA/H. Das historiografias levantadas nos primeiros capítulos, podem ser elencados três principais atores na produção do conhecimento científico do TDA/H: as indústrias farmacêuticas, as profissões médicas (psiquiatras e neurocientistas) e o paradigma neurocientífico para doenças mentais. Estes agentes podem ser interpretados e conceitualizados pelos termos de Becker (1963) como *empreendedores morais*: atores sociais que cruzam seus interesses pela criação e reforço das próprias regras do que vem a ser a sociabilidade. Regras que são exprimidas pelo conhecimento neurobiológico do TDA/H ao estabelecer as fronteiras diagnósticas e terapêuticas do transtorno. Regras que definem, pelo déficit neurológico, o que é uma criança normal e o que é uma criança com déficit de atenção, “anormal”. Estabelecer estes padrões diagnósticos é uma forma da psiquiatria medicalizar um problema de origem social e comportamental, bem como estabelecer as regras que devem ser seguidas para que indivíduo retome a sua moral-normal.

A medicalização do transtorno ocorre em paralelo ao avanço nas pesquisas biomédicas e na produção do conhecimento do admirável mundo novo das neurociências, dos novos subterrâneos neurológicos “descobertos” e do modo como funcionam na conformação dos comportamentos e experiências. Novas tecnologias farmacológicas, que afetam o comportamento dos indivíduos, passaram a ser utilizadas como tratamento, encorajadas pelo prestígio que a profissão médico-psiquiátrica possui. Esta comunidade científica, que se ampara no conhecimento científico, define a sua jurisdição na investigação da atuação sobre o corpo e suas funções ou disfunções. A criança com o comportamento desatento, “desobediente”, “hiperativa”, torna-se, dessa forma, um problema médico que controla os comportamentos desviantes.

Dessa forma, a análise da “biologização” do comportamento desatento afirma que o transtorno, ao ser considerado uma “doença”, passou a fazer parte do monopólio da expertise médica do momento em que se realiza o diagnóstico até o tratamento. No caso do TDA/H, desviam um problema público, e principalmente dos regimes escolares, para a atuação de atores

sociais que cientificamente podem amenizar os problemas em um raio de ação da competência médica. Bem como individualiza-se um problema de ordem social, da relação da criança com a escola ou com suas famílias, dentro do corpo dos acometidos.

Hegemonicamente os estudos sobre o TDA/H no Brasil são financiados por indústrias farmacêuticas. A relação entre indústria farmacêutica e doenças mentais redefine os critérios diagnósticos das patologias de forma a viabilizar a comercialização dos fármacos em larga escala. O financiamento dos estudos que investigam as causas biológicas do transtorno está diretamente associado à produção de um conhecimento que ampara a terapia medicamentosa. A organização da pesquisa dessa forma é uma possibilidade não só da psiquiatria tornar-se hegemônica na produção do conhecimento sobre o TDA/H e definir as fronteiras científicas, mas também de legitimar o conhecimento de patologias com causas biológicas é garantir as vendas dos fármacos produzidos pelas mesmas indústrias farmacêuticas que financiam os estudos. Desta maneira, o financiamento das pesquisas é uma forma de promover o conhecimento científico neurológico do transtorno e fornecer pacotes de conhecimento científico sofisticado através dos estudos que indicam a eficácia do tratamento farmacológico que elas mesmas produzem. Conhecimento científico que é base da atuação científica e da clínica psiquiátrica, bem como o meio de estabelecer a jurisdição licenciada do controle social das crianças neurologicamente “anormais”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABI-RACHED, J. The implications of the new brain sciences. **EMBO reports**, v. 9, nº 12, 2008, p. 1158-1163.

ABRAHAM, J. **Science, politics and pharmaceutical industry**. London: UCL PRESS, 1995.

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

AMARANTE, P. **Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Asilos, Alienados e Alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARO, J.W.F. **A história do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2003; 30 (2): 44-71.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)**. 4ª ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. *piauí*, ano 5, n. 59, ago. 2011, p. 44-49.

ANTUNES, J. L. F.. **Medicina, leis e moral – pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Unesp, 1999.

ANTUNES, M. A. M.. **A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre a sua constituição**. 2ª ed. São Paulo: UNIMARCO, 2001.

APPIAX, O. O florescente mercado das “desordens psicológicos”. **Le monde diplomatique**, edição 53, dez. 2011. Disponível em <www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1067>, acesso em 10/05/2012.

BAKKER, N. A. Harmless disease: children and neurasthenia in the Netherlands. In: POTER, R.; GIJWIIT-HOFSTRA (Eds.). **Cultures of neurasthenia from beard to the First World War** Amsterdam: Rodopi, 2001. p. 309-327.

BAPTISTA, V. Notas Pedagógicas. In: **Boletim de Hygiene Mental**. n. 9, set. 1929.

BARKLEY, R. A. **ADHD and the nature of self control**. London: The Guilford Press, 1997.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARNES, B. **Scientific Knowledge and Sociological Theory**. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.

BARROSO, S.M.; SILVA, M.A. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Revista SPAGESP, v. 1, n. 1, jan-jun 2011, p. 66-78.

BECKER, H. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

BEZERRA JÚNIOR, B. **Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre o cérebro, mente e subjetividade**. Cadernos IPUB, v. VI, n. 18, 2000, p. 164.

BLOOR, D. **Conhecimento e imaginário social**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BITTENCOURT, S.; CAPONI, S.. Ética de responsabilidade e uso de medicamentos para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 1, n. 1, 2009.

BRACKEN, P.; THOMAS, P. From Szasz to Foucault: on the role of critical psychiatry. **Philosophy, Psychiatry, and Psychology**. Volume 17, Number 3, September 2010, pp. 219-228.

BRASIL. Decreto n 1.132, de 22 de dezembro de 1903 – Reorganiza a assistência dos alienados. In: **Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1903 – Actos de Poder Legislativo**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1903.

BUENO, J. R. O aspecto da psiquiatria biológica: uma revisão histórica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 37, n. 3, 1998, p.127-132.

CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicol. Estud**; v. 13, n. 3, set. 2008.

CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do "fato TDAH". **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 1, abr. 2009.

CALIMAN, L. V.. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, p. 46-61.

CARLAT, D. **Unhinged: the trouble with psychiatry**. Free Press, 2010.

CARRARA, S. L. **Casos e acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil**. v. 3, 1989, p. 71-107.

CARRARA, S. L.. **Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil na passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

CARTWRIGHT, L. **Screening the body – tracing medicine's visual cultural**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.

CHARLES BRADLEY, M.D. 1902-1979. **American Journal of Psychiatry**, Jul. 1998; 155:968. Disponível em <ajp.psychiatryonline.org/cgi/citemap?id=ajp;155/7/968>

COLLINS, H.M. The sociology of scientific knowledge: studies of contemporary science. **Ann. Rev. Sociol.**, 1983. 9:265-85.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**, v. 23, n.1, oct. 1975, p. 12-21.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, 1992, p. 209-232.

CONRAD, P. **Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior**. Ashgate Publishing, 2006.

CONRAD, P.; BARKER, K. The social construction of illness: key insights and policy implications. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 51, n. 1, nov. 2010 (S) S67-S79.

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

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

DALLA VECCHIA, M.D. & MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados as pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 28, 2009, p. 151-164

DILLER, L. **Running on Ritalin**. New York: Bantam Books, 1998.

DUMIT, J. Is it me or my brain? Depression and neuroscientific facts. **Journal of Medical Humanities**, v. 24, n. ½, summer 2003.

DUNKER, C. I.; KYRILLOS NETO, F. Curar a homossexualidade? A psicopatologia prática do DSM no Brasil. **Revista mal-estar e subjetividade**, v. X, n. 2, 2010, p. 425-446.

FLECK, L.. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Faberfactum, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Os anormais: curso do Collège de France (1974-1975)**. São Paulo, Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine: a study of the Sociology of Applied Knowledge**. New York: Harper and Row, 1970 *apud* CONRAD, P.; BARKER, K. The social construction of illness: key insights and policy implications. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 51, n. 1, nov. 2010 (S) S67-S79.

FREITAS, L.A. **SPID/IMP: 45 anos de psicanálise, de 1953 a 1998**. Rio de Janeiro, outubro de 1998. Trabalho apresentado nas comemorações dos 45 anos do Instituto de Medicina Psicológica.

GLASS, G. V. **Primary, secondary and meta-analysis research**. Educational Researcher. 10, 1976, p. 3-8.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqui** [online], col. 33, n. 1, 2007.

GUIMARÃES, A. S. Como trabalhar com “raça” em sociologia. **Educ. Pesqui**. v. 29, n.1, 2003, p. 93-107.

GUSFIELD, J. R. Moral passage: the symbolic process in the public designations of deviance. **Social Problems**, v. 15, n. 2, 1967, p. 175-188.

GUSFIELD, J. R. Categories of ownership and responsibility in social issues: alcohol abuse and automobile use. **Journal of Drug Issues**, v. 5, 1975, p. 285-303.

HEDGECOE, A. **The politics of personalised medicine: pharmacogenomics in the clinic.** Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo.** Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2009.

JASANOFF, S. Ordering knowledge, ordering society. In: JASANOFF, S. (Ed.) **State of knowledge: the co-production of science and social order.** London and New York: Routledge, 2004. p. 13-45.

KUHN, T.. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2003, [1962].

LANCMAN, S. **Loucura e espaço urbano, Franco da Rocha e o asilo do Juquery.** Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

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

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n.1, abr. 2008, p. 2-13.

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

LÖWY, I. Ludwig Fleck e a presente história das ciências. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 1, n. 1, 1994, p. 7-18.

MACHADO, R et. all. **Da nação da Norma- Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACKENZIE, D. Statistical theory and social interests: a case study. **Soc. Stud. Sci.**8:35-83.

MARINHO, M. G. S. M. C. **Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)**. Bragança Paulista, São Paulo: EDUSF, 2003

MARINHO, M. G. S. M. C. **Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da “Casa de Arnaldo”**. São Paulo: FMUSP, 2006.

MASIERO, A. L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde:Manguinhos**, v. 10, n. 2, maio-ago. 2003, p. 549-572.

MEDEIROS, T. de. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1977.

MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Medicina e Psiquiatria em São Paulo nos anos de 1930 e 1940: o caso das mulheres do Juqueri. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 229-42.

MOWERY, D.C.; ROSENBERG, N. **Trajetórias da inovação – mudança tecnologia nos Estados Unidos da América no século XX**. *Clássicos da inovação*. Campinas: Ed. UNICAMP (original de 1998).

NEVES, A. C. A construção do corpo psiquiátrico. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 29-43.

NIETZSCHE, F. **A genealogia da moral**. 4ª ed. Lisboa: Guimarães e Companhia Editores, 1983.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ONU, International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances – Statistics for 2011: Assessment of Annual Medical and Scientific Requirement**. 2011. Disponível em <www.incb.org> Acessado em setembro de 2011.

PACHECO E SILVA, A. C. A inauguração da primeira escola para crianças anormais. **Jornal O Estado de São Paulo**. São Paulo, 20 maio, 1929.

PARSONS, T. **The Social System**. London: Tavistock, 1952. 575pp.

PATTO, L. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan-apr, 1999.

PAULIN, L. F. R. da S. **A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: uma análise histórica e documental**. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1998

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 11, n. 2, 2004.

PEREIRA, L. **Reformas da ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX**. 1995. 156f. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.

PERES, M. F. T. Manicômio Judiciário da Bahia: da constituição à pré-reforma psiquiátrica. In: MOTA, A.; M., M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 97-124.

PICKERSGILL, M. D. Psyche, soma, and science studies: new directions in the sociology of mental health and illness. **Journal of Mental Health**, agosto 2010; 19 (4): 382-392.

PIZZOLATO, P. P. A contribuição da arquitetura para o tratamento psiquiátrico no começo do século XX: a experiência França-Brasil. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 159-76

PORTER, R., GIJSWIJT-HOFSTRA, M. **Cultures of neurasthenia from beard to the First World War**. Amsterdam: Rodopi, 2001.

PORTOCARRERO, V. M. **Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Coleção Loucura e Civilização, 2002.

POTTS, W. A. (1904). **The problem of the morally defective**. The Lancet, 164(4235), 1210-1211.

RAFALOVICH, A. **Framing the ADHD child: History, discourse and everyday experience**. Tese de doutorado, Department of Anthropology and Sociology, University of British Columbia, Vancouver, 2002.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (Orgs). In: **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.

RIBEIRO, P. S. Um médico, uma ideia e um hospital. Dr. Franco da Rocha e a concepção de Juquery. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 145-58

ROCHA, F. F. Asilo de alienados. **O Estado de São Paulo**, 10 maio de 1893

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n.1, jan-jun. 2003, p.13-22.

ROOSTH, S.; SILBEY, S. Science and Technology Studies: From Controversies to Posthumanist Theory. In: TURNER, B. S. **The new Blackwell companion to social theory**. Oxford: The Blackwell publishing, 2009, p. 451-475.

ROSE, N. Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties* (2006), 1, 465-484.

ROSE, N. **The politics of life itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the twenty-first century**. Oxfordshire, United Kingdom: Princeton University Press, 2007.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

ROSENBERG, C. E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. **The Milbank Quarterly**, v. 80, n. 2, 2002, p. 237-260.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

RUBINSTEIN, R. A; BROWN, R. T. An evaluation of the validity of the diagnostic category on Attention Deficit Disorder. **Am. J. Orthopsychiat.** 54:398-414.

RUSO, J. **O mundo psi no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

RUSO, J.; CARRARA, S. L. A psicanálise e a sexologia no Rio de Janeiro de entreguerras: entre a ciência e a auto-ajuda. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 9, n. 2, maio-ago. 2002, p. 273-90.

SAMPAIO, J. J. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1987.

SERPA JR, O. D. “Culture-bound syndromes” e a “natureza” das classificações psiquiátricas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 9, set. 1994, p. 483-491.

SERRA, L. N.; SCARCELLI, I. S. Escola Pacheco e Silva: Propostas para a infância paulista. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e**

tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: USP; Faculdade de Medicina: UFABC; Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 191-212.

SHAPIN, S. Here and everywhere: sociology of scientific knowledge. **Annual Review of Sociology**, vol. 21, 1995, p. 289-321.

SHAPIN, S.; SCHAFFER, S. **Leviathan and the pump-air: Hobbes, Boyle, and the experimental life.** Princeton: Princeton University Press, 1985.

SHINN, T.; RAGOUET, P. **Controvérsias sobre a ciência: por uma sociologia transversalista da atividade científica.** São Paulo, Associação Filosófica Scienza Studia: Editora 34, 2008.

SILVA, M. B. B. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, ano VIII, n. 2, jun. 2005.

SMITH, R. Legal frameworks for psychiatry. In: BERRIOS, J.; FREEMAN, D. (Eds) **150 years of British Psychiatry, 1841-1991** London: Gaskell, 1991, p. 137-151.

SPECTOR, M.; KITSUE, J. **Constructing social problems.** Menlo Park: Cummings, 1977.

STILL, G. (1902, 12 de abril). **Some abnormal psychical conditions in children – Lecture I.** The Lancet, 1008-1012;

STILL, G. (1902, 19 de abril). **Some abnormal psychical conditions in children – Lecture II.** The Lancet, 1079-1082;

STILL, G. (1902, 26 de abril). **Some abnormal psychical conditions in children – Lecture III.** The Lancet, 1163-1167.

SZASZ, T. **O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria de conduta pessoal.** São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs). **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1992.

VENÂNCIO, A. T. A. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade Brasileira. In: JACÓ-VILELA, A. M.*et alii* (orgs.) **Clio-Psyché ontem: fazeres e dizeres Psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001, p. 151-60.

VENÂNCIO, A. T. A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 10, n. 3, set-dez. 2003, p. 883-900.

WERNER JÚNIOR, J. **Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o diagnóstico**. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

WHITAKER, R. **Anatomy of an epidemic**. Random House, 2010.

ZOLA, I. Irving K. Medicine as an institution of social control. **Sociological Review**, Malden, v. 20, 1972, p. 487-504.

ANEXOS

Quadro 1 – Classificação dos artigos encontrados nas diferentes revistas segundo o Qualis

Qualis A1 – Psicologia reflexão e crítica – revista do curso de pós graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
BELLE, Andressa Henke et al. Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 22, n. 3, 2009. JOU, Graciela Inchausti de et al. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 23, n. 1, Apr. 2010.
Qualis A2 - Psicologia e sociedade – revista da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO)
CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do "fato TDAH". Psicol. Soc. , Florianópolis, v. 21, n. 1, Apr. 2009.
Qualis A2 – Psicologia em estudo – revista do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá
CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. Psicol. estud. , Maringá, v. 13, n. 3, Sept. 2008.
Qualis A2 – Estudos de Psicologia de Natal – revista do programa de pós-graduação de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
ANDRADE, Alana Concesso; FLORES-MENDOZA, Carmen. Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que nos informa a investigação dimensional? Estud. psicol. (Natal) , Natal, v. 15, n. 1, Apr. 2010.
Qualis A2 – Psicologia teoria e pesquisa – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília
MELLO, Claudia Berlim de et al. Versão abreviada do WISC-III: correlação entre QI estimado e QI total em crianças brasileiras. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 27, n. 2, June 2011. OLIVEIRA, Rosinda Martins. O conceito de executivo central e suas origens. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 23, n. 4, Dec. 2007. SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 26, n. 4, dez. 2010.
Qualis B1 - Arquivos de Neuropsiquiatria – Academia Brasileira de Neurologia (ABN)
AZEVEDO, Paulo Verlaine Borges e et al. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in

indigenous children from the Brazilian Amazon. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 68, n. 4, ago. 2010.

BOLFER, Cristiana et al. Reaction time assessment in children with ADHD. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 68, n. 2, abr. 2010.

CAVADAS, Marcia; PEREIRA, Liliane Desgualdo; MATTOS, Paulo. Efeito do metilfenidato no processamento auditivo em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 1, mar. 2007.

FONSECA, Lineu Corrêa et al. Epileptiform abnormalities and quantitative EEG in children with attention-deficit / hyperactivity disorder. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 66, n. 3a, set.. 2008.

FONTANA, Rosiane da Silva et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 1, mar. 2007.

GOULARDINS, Juliana Barbosa; MARQUES, Juliana Cristina Fernandes Bilhar; CASELLA, Erasmo Barbante. Quality of life and psychomotor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 69, n. 4, ago. 2011.

KONESKI, Julio A.S.; CASELLA, Erasmo B.. Attention deficit and hyperactivity disorder in people with epilepsy: diagnosis and implications to the treatment. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 68, n. 1, fev. 2010.

MADUREIRA, Daniele Q.M.; CARVALHO, Luis Alfredo V. de; CHENIAUX, Elie. Modelagem neurocomputacional do circuito tálamo-cortical: implicações para compreensão do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 4a, dez. 2007.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo; ARAUJO, Alexandra Profere de Queiroz Campos. Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 4a, des. 2007.

PASTURA, Giuseppe et al. Advanced techniques in magnetic resonance imaging of the brain in children with ADHD. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 69, n. 2a, abr. 2011.

PONDE, Milena Pereira; NOVAES, Camila Marinho; LOSAPIO, Mirella Fiuza. Frequency of symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder in autistic children. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 68, n. 1, fev. 2010.

RIZZUTTI, Sueli et al. Clinical and neuropsychological profile in a sample of children with attention

deficit hyperactivity disorders. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 66, n. 4, dez. 2008. SERRA-PINHEIRO, Maria Antonia et al. Inattention, hyperactivity, oppositional-defiant symptoms and school failure. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 66, n. 4, dez. 2008.
Qualis B1 – Physis revista de saúde coletiva – revista do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009.
Qualis B1 – Psicologia escolar e educacional – revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)
DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S.. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 11, n. 1, jun. 2007. LANDSKRON, Lílían Marx Flor; SPERB, Tania Mara. Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 12, n. 1, jun. 2008. LEITE, Hilusca Alves; TULESKI, Silvana Calvo. Psicologia Histórico-Cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Maringá, v. 15, n. 1, jun. 2011. REIS, Maria das Graças Faustino; CAMARGO, Dulce Maria Pompêo de. Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 12, n. 1, jun. 2008. RODRIGUES, Carolina Innocente; SOUSA, Maria do Carmo; CARMO, João dos Santos. Transtorno de conduta/TDAH e aprendizagem da Matemática: um estudo de caso. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 14, n. 2, dez. 2010. ROSA, Solange Aparecida da. Dificuldades de atenção e hiperatividade na perspectiva histórico-cultural. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Maringá, v. 15, n. 1, June 2011.
Qualis B1 – Revista brasileira de Psiquiatria – revista da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)
BALDACARA, Leonardo et al . Cerebellum and psychiatric disorders. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 30, n. 3, set. 2008. COUTINHO, Gabriel; MATTOS, Paulo; MALLOY-DINIZ, Leandro F.. Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 31, n. 2, jun. 2009. DIEMEN, Lisia von et al. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 29, n. 2, jun. 2007. GOMES, Karin M. et al. Evaluation of light/dark cycle in anxiety- and depressive-like behaviors after

regular treatment with methylphenidate hydrochloride in rats of different ages. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, v. 33, n. 1, mar. 2011.
MENEGASSI, Márcia et al. Food intake and serum levels of iron in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, v. 32, n. 2, jun. 2010.
MOURA, Marcela Alves de. Treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder and depression in pediatric patient. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, v. 29, n. 2, jun. 2007.
NAZAR, Bruno Palazzo et al. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, v. 30, n. 4, dez. 2008.
VENDRUSCOLO, Leandro F.; TAKAHASHI, Reinaldo N.. Comorbidade entre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o abuso e dependência de álcool e outras drogas: evidências por meio de modelos animais. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, 2010.
Qualis B2 – Interface comunicação, saúde e educação – revista do Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu da Universidade do Estadual Paulista
BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOZOWSKI, Jerzy André; CAPONI, Sandra. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 14, n. 35, dez. 2010.
Qualis B2 – Psicologia clínica – revista do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
CAROLO, Patricia Barros M.. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: mais que um manual. Psicol. clin. , Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2009.
Qualis B2 – Psicologia USP – revista do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Psicol. USP , São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2008.
MESSINA, Lucinete de Freitas; TIEDEMANN, Klaus Bruno. Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Psicol. USP , São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2009.
Qualis B3 – Jornal brasileiro de Psiquiatria - revista do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
CAMARGOS JR., Walter; NICOLATO, Rodrigo. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. J. bras. psiquiatr. , Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 2009.
COUTINHO, Gabriel; MATTOS, Paulo; ARAUJO, Catia. Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. J. bras.

psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007.

DIAS, Gabriela et al. Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica. **J.bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, Marcelo et al. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007.

GUILHERME, Priscilla Rodrigues et al. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, 2007.

LOUZA, Mario R.; MATTOS, Paulo. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

LOUTFI, Karina Soares; CARVALHO, Alysson Massote. Possíveis interfaces entre TDAH e epilepsia. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, 2010.

MATTOS, Paulo et al. Self-evaluated burden in adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pilot study. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, 2010.

MATTOS, Paulo; COUTINHO, Gabriel. Qualidade de vida e TDAH. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

MORAES, César de; SILVA, Fábio Mello Barbirato Nascimento; ANDRADE, Ênio Roberto de. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

PASSOS, Roberta Benitez Freitas; LOPEZ, José Ramón Rodríguez Arras. Síndrome de Gilles de la Tourette associada ao transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: resposta clínica satisfatória a inibidor seletivo da recaptura de serotonina e metilfenidato. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, 2010.

REGALLA, Maria Angélica; GUILHERME, Priscilla Rodrigues; SERRA-PINHEIRO, Maria Antônia. Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, Isabella G. S. de et al. A Brazilian version of the "Children's Interview for Psychiatric Syndromes" (ChIPS). **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, 2009.

SOUZA, Isabella G. S. de et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

SZOBOT, Claudia M.; ROMANO, Marcos. Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e uso de substâncias psicoativas. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2012.

Qualis B4 - Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology – revista da Liga Brasileira de Epilepsia

COSTA, Célia Regina Carvalho Machado da; MAIA FILHO, Heber de Souza; GOMES, Marleide da Mota. Avaliação clínica e neuropsicológica da atenção e comorbidade com TDAH nas epilepsias da

infância: uma revisão sistemática. **J. epilepsy clin. neurophysiol.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, jun. 2009.

Qualis B4 – Revista de Psiquiatria clínica – revista do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

COUTINHO, Gabriel et al. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, 2007.

MATTOS, Paulo et al. Validade de constructo e confiabilidade da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos que apresentam TDAH (AAQoL). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2011.

MATTOS, Paulo et al. Validação semântica da versão em língua portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida em Adultos (AAQoL) que apresentam transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2011.

MESQUITA, Cíntia; COUTINHO, Gabriel; MATTOS, Paulo. Perfil neuropsicológico de adultos com queixas de desatenção: diferenças entre portadores de TDAH e controles clínicos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 5, 2010.

PHEULA, Gabriel Ferreira; ISOLAN, Luciano Rassier. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2007.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Atualização sobre comorbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 4, 2007.

Quadro 2 – Formação acadêmica ou especialização, universidade ou departamento de pesquisa dos autores e financiamento da pesquisa dos artigos.

Texto/Autor	Formação Acadêmica/Área de atuação	Universidade	Financiamento
1-Andressa Henke Bellé	Psicóloga	UFRGS/UNISINOS	
1.1 - Ana Cristina Andreazza	Farmácia/Ciências Biológicas	UFRGS	
1.2 - Jan Ruschel	Psicólogo	UFRGS	
1.3 - Cleonica Alves Bosa	Psicóloga	UFRGS	
2 - Graciela Inchausti de Jou	Psicóloga	UFRGS	
2.1 - Bruna Amaral	?	PUC-RS	
2.2 - Carolina Robl Pavan	Psicóloga/Psiquiatra	PUC-RS	
2.3 - Luciana Souto Schaefer	Psicóloga	PUC-RS	
2.4 - Marilene Zimmer	Psicóloga/Psiquiatra	FURG-RS	
3 - Luciana Vieira Caliman	Psicóloga	UFRJ/UNIVIX-ES	Faperj
4 - Luciana Vieira Caliman	Psicóloga	UFRJ/UNIVIX-ES	Faperj
5 - Alana Concesso Andrade	Psicóloga	UFMG	
5.1 - Carmen Flores-Mendoza	Psicóloga/Psicologia Biológica	UFMG	
6 - Claudia Berlim de Mello	Psicóloga/Neuropsicologia	UNIFESP	FIP
6.1 - Nayara Argolo	Medicina/Psicóloga	UNIFESP	FIP
6.2 - Beatriz P. M. Shayer	Psicóloga	UNIFESP	FIP
6.3 - Neander Abreu	Psicólogo/Neurociências	UFBA	FIP
6.4 - Kátia Godinho	Psicóloga/Neuropsicologia	FRB	FIP
6.5 - Paula Durán	Psicologia	Depto. Psicobiologia UNIFESP	FIP
6.6 - Fernanda Vargem	?	Depto. Psicobiologia UNIFESP	FIP
6.7 - Mauro Muszkat	Neurologista infantil	Depto. Psicobiologia UNIFESP	FIP
6.8 - Mônica Carolina Miranda	Psicologia/Psicobiologia	Depto. Psicobiologia UNIFESP	FIP
6.9 - Orlando Francisco Amodeo Bueno	Neuropsicólogo	Depto. Psicobiologia UNIFESP	FIP
7 - Rosinda Martins Oliveira	Psicologia	UNESA	CNPq
8 - Letícia de Faria Santos	Psicologia	UNB	
8.1 - Laércia Abreu Vasconcelos	Psicóloga	UNB	
9 - Paulo Verlaine Borges e Azevêdo	Psiquiatria	UFG	
9.1 - Leonardo Ferreira Caixeta	Medicina/Neurociências	UFG	
9.2 - Laura Helena Siveira Andrade	Psiquiatria	UFG	
9.3 - Isabel A. Bordin	Psiquiatria	UFG	
10 - Cristiana Bolfer	Psicóloga/Neuropsicologia	USP	

10.1 - Erasmo Barbante Casella	Neurologista infantil	USP	
10.2 - Marcus Vinícius Chrysóstomo Baldo	Médico/Neurofisiologista	USP	
10.3 - Amanda Manzini Mota	Fisioterapia/Fisiologista	USP	
10.4 - Miriam Hazumi Tsunemi	Estatística	USP	
10.5 - Sandra Pasquali Pacheco	Psicóloga/Neuropsicologia	USP	
10.6 - Umbertina C. Reed	Medicina/Neurociências	USP	
11 - Marcia Cavadas	Fonoaudióloga	UFRJ	GEDA
11.1 - Liliane Desgualdo Pereira	Fonoaudióloga	UNIFESP	GEDA
11.2 - Paulo Mattos	Psiquiatra	UFRJ	GEDA
12 - Lineu Corrêa Fonseca	Medicina/Neurologia	PUCCAMP	
12.1 - Glória Maria A. S. Tedrus	Medicina/Neurologia	PUCCAMP	
12.2 - César de Moraes	Psiquiatria	PUCCAMP	
12.3 - Amanda de Vicente Machado	Psicologia	PUCCAMP	
12.4 - Marcela Pupin de Almeida	Psicologia	PUCCAMP	
12.5 - Débora Ortolan Fernandes de Oliveira	Psicologia	PUCCAMP	
13 - Rosiane da Silva Fontana	Neurologista infantil	UFF	
13.1 - Mário Moacyr de Vasconcelos	Medicina/Neurologia	UFRJ	
13.2 - Jairo Verner Jr.	Neuropsiquiatria infantil	UFF	
13.3 - Fernanda Veiga de Góes	Neurologista infantil	UFRJ	
13.4 - Edson Ferreira Liberal	Medicina/Pediatria	UFRJ	
14 - Juliana Barbosa Goulardins	Fisioterapia	UNESP	
14.1 - Juliana Cristina Fernandes Bilhar Marques	?	?	
14.2 - Erasmo Barbante Casella	Neurologista infantil	USP	
15 - Julio Koneski	Neurologista infantil	USP	
15.1 - Erasmo Barbante Casella	Neurologista infantil	USP	
16 - Daniele Q. M. Madureira	Neurocientista computacional	UFRJ	
16.1 - Alfredo de Carvalho	Neurocientista computacional	UFRJ	
16.2 - Elie Cheniaux	Psiquiatra	UFRJ	
17 - Giuseppe Pastura	Neurologia Pediátrica	UFRJ	
17.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	UFRJ	GEDA
17.2 - Alexandra Prufer de Queiroz Campos Araújo	Neurologia Pediátrica	UFRJ	

18 - Giuseppe Pastura	Neurologia Pediátrica	UFRJ	GEDA
18.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	UFRJ	GEDA
18.2 - Emerson Leandro Gasparetto	Medicina/Radiologia	UFRJ	
18.3 - Alexandra Prufer de Queiroz Campos Araújo	Neurologia Pediátrica	UFRJ	
19 - Milena Pereira Pondé	Medicina/Psiquiatria (especialização na universidade de McGill no Canadá)	EBMSP	
19.1 - Camila Marinho Novaes	Medicina/Radiologia	EBMSP	
19.2 - Mirella Fiuza Losapio	Psiquiatria	EBMSP	
20 - Sueli Rizzutti	Neurologista infantil	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.1 - Elaine Girão Sinnes	Neuropsicólogo	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.2 - Livia Freitas	Psicóloga	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.3 - Lucia Flávia Scaramuzza	Psicóloga	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.4 - Denise Pinheiro	Assistente Social	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.5 - Sônia M. Palma	Psiquiatra	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.6 - Claudia Berlim de Mello	Psicóloga/Neuropsicologia	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.7 - Mônica Carolina Miranda	Neuropsicóloga	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.8 - Orlando Francisco Amodeo Bueno	Neuropsicólogo	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
20.9 - Mauro Muszkat	Neurologista infantil	Depto. Psicobiologia UNIFESP	
21 - Maria Antônia Serra-Pinheiro	Psiquiatra infantil	IP/UFRJ	
21.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA
21.2 - Maria Angélica Regalla	Psiquiatria/Psicologia Cognitiva	IP/UFRJ	
21.3 - Isabella Ganem Salomão de Souza	Psiquiatria	IP/UFRJ	
21.4 - Cristiane Paixão	Fisioterapia	IP/UFRJ	
22 - Fabíola Stolf Brzozowski	Farmácia	UFSC	
22.1 - Sandra Caponi	Filosofia da Ciência	UFSC	
23 - Rosimeire Desiderio	Pedagoga	FAMERP	
23.1 - Maria Cristina de O.S. Miyazaki	Psicóloga	FAMERP	
24 - Lilian Marx Flor Landskron	Psicóloga	UFRGS	
24.1 - Tania Mara Sperb	Psicóloga	UFRGS	
25 - Hilusca Alves Leite	Psicóloga	UEM	CAPES
25.1 - Silvana Calvo Tuleski	Psicóloga	UEM	CAPES

26 - Maria das Graças Faustino Reis	Letras/Pedagogia	PUCCAMP	
26.1 - Dulce Maria Pompêo de Camargo	Socióloga/Educação	PUCCAMP	
27 - Carolina Innocente Rodrigues	Educação	UFSCAR	
27.1 - Maria do Carmo de Sousa	Matemática/Educação	UFSCAR	
27.2 - João dos Santos Carmo	Psicólogo/Educação	UFSCAR	
28 - Solange Aparecida da Rosa	Psicóloga/Educação	UNOCHAPECÓ	
29 - Leonardo Baldaçara	Medicina/Neurociências/Psiquiatria	UFT/UNIFESP	
29.1 - João Guilherme Fiorani Borgia	Psiquiatria/Neuroimagem	UNIFESP	
29.2 - Acioly Luiz Tavares de Lacerda	Psiquiatria/Neuroimagem	UNIFESP	
29.3 - Andréa Parolin Jackowski	Psiquiatria/Neuroimagem	UNIFESP	
30 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
30.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA
30.2 - Leandro F. Malloy-Diniz	Psicologia/Farmacologia/Neurociências/Medicina Molecular	UFMG	GEDA
31 - Lísia Von Diemen	Psiquiatria	UFRGS	
31.1 - Cláudia Maciel Szobot	Psiquiatria	UFRGS	
31.2 - Félix Kessler	Psiquiatria	UFRGS	
31.3 - Flávio Pechansky	Psiquiatria	UFRGS	
32 - Karin M. Gomes	Psicologia cognitiva/Neurociências	UNISUL/UNIBAVE	
32.1 - Renan P. Souza	Neurociências	Neuroscience Department/Toronto/Canadá	
32.2 - Cecília G. Inácio	Fisioterapia/Neurociências	UNESC	
32.3 - Samira S. Valvassori	Neurobiologia/Neuropsicofarmacologia	UNESC	
32.4 - Gislaine Z. Réus	Neurociências/Neuropsicofarmacologia	UNESC	
32.5 - Márcio Rodrigo Martins	Medicina	UNESC	
32.6 - Clarissa M. Comim	Fisioterapia/Neurociências	UNESC	
32.7 - João Quevedo	Medicina/Psiquiatria/Bioquímica	UNESC	
33 - Márcia Menegassi	Nutrição/Psiquiatria	UFRGS	FIPE-HCPA
33.1 - Elza Daniel de Mello	Medicina/Pediatria/Nutrologia	UFRGS	FIPE-HCPA
33.2 - Lísia Rejane Guimarães	Nutrição/Psiquiatria	UFRGS	FIPE-HCPA
33.3 - Breno Córdova Matte	Medicina	UFRGS	FIPE-HCPA
33.4 - Fernanda Driemeier	Psicologia	PUCRS	FIPE-HCPA
33.5 - Gabriela Lima Pedroso	Nutrição/Neurologia	UFRGS	FIPE-HCPA

33.6 - Luis Augusto Rohde	Psiquiatra/Neuroimagem/Farmacogenética	UFRGS	FIPE-HCPA
33.7 - Marcelo Schmitz	Psiquiatria	UFRGS	FIPE-HCPA
34 - Marcela Alves de Moura	Psiquiatria	UFPEL	
35 - Bruno Palazzo Nazar	Psiquiatria	UFRJ	GEDA
35.1 - Camila Moreira de Sousa Pinna	Psiquiatra	UFRJ	GEDA
35.2 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
35.3 - Daniel Segenreich	Psiquiatria/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
35.4 - Monica Duchesne	Psiquiatria/Neuropsicologia	UFRJ	
35.5 - José Carlos Appolinario	Psiquiatria	UFRJ	
35.6 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA
36 - Leandro Vendruscolo	Farmacologia/Neurobiologia	UFSC	CNPQ
36.1 - Reinaldo M. Takahashi	Psicobiologia/Neuropsicobiologia	UFSC	CNPQ
37 - Fabíola Stolf Brzozowski	Farmácia	UFSC	
37.1 - Jerzy André Brzozowski	Filosofia da Ciência	UFSC	
37.2 - Sandra Caponi	Filosofia da Ciência	UFSC	
38 - Patrícia Barros Carôlo	Psicóloga	UERJ	
39 - Rodrigo Linck Graeff	Psicólogo	PUCRS	
39.1 - Cícero Emídio Vaz	Psicólogo	PUCRS	
40 - Lucinete de Freitas Messina	Psicóloga/Neurociências/Neuropsicologia/Neuroimagem	USP	
40.1 - Klaus Bruno Tiedemann	Psicologia Experimental	USP	
41 - Walter Camargos Jr.	Psiquiatria infantil	IPSEMG	
41.1 - Rodrigo Nicolato	Psicofarmacologia	UFMG	
42 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
42.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA
42.2 - Catia Cristina de Araújo Quarterolli Bastos	Psicologia/Informática	UFRJ	
43 - Gabriela Macedo Dias	Psiquiatria	UFRJ	GEDA
43.1 - Daniel Segenreich	Psiquiatria/Neuropsicologia	UFRJ	Palestrante da Janssen-Cilag
43.2 - Bruno Palazzo Nazar	Psiquiatria	UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
43.3 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
44 - Marcelo Gomes	Neurologista	Novartis	Pesquisador da Novartis/Estudo financiado pela Novartis/Participação da ABDA

44.1 - André Palmini	Medicina/Neurologia	UFRGS	Estudo financiado pela Novartis/Participação da ABDA
44.2 - Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva	Neuropsiquiatria		Estudo financiado pela Novartis/Participação da ABDA
44.3 - Luis Augusto Rohde	Psiquiatria/Neuroimagem/Farmacogenética	UFRGS	Estudo financiado pela Novartis/Participação da ABDA
44.4 - Paulo Mattos	Psiquiatria	IP/UFRJ	Estudo financiado pela Novartis/Participação da ABDA
45 - Priscila Rodrigues Guilherme	Psicologia/Terapeuta cognitivo-comportamental	UFRJ	GEDA
45.1 - Paulo Mattos	Psiquiatria	IP/UFRJ	GEDA - membro consultivo ou palestrante do laboratório Janssen-Cilag
45.2 - Maria Antônia Serra-Pinheiro	Psiquiatria infantil	IP/UFRJ	GEDA
45.3 - Maria Angélica Regalla	Psiquiatria/Psicologia Cognitiva	UFRJ	GEDA
46 - Mario Rodrigues Louzã Neto	Psiquiatria	USP	Palestrante do laboratório Janssen-Cilag
46.1 - Paulo Mattos	Psiquiatria	IP/UFRJ	GEDA - membro consultivo ou palestrante do laboratório Janssen-Cilag
47 - Karina Soares Loutfi	Medicina/Neurociências	UFMG	
47.1 - Alysson Massote Carvalho	Psicologia	UFMG	
48 - Paulo Mattos	Psiquiatria	IP/UFRJ	GEDA
48.1 - Gabriela Macedo Dias	Psiquiatria	UFRJ	GEDA
48.2 - Daniel Segenreich	Psiquiatria/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
48.3 - Leandro Malloy-Diniz	Psicologia/Farmacologia/Neurociências/Medicina Molecular	UFMG	GEDA
49 - Paulo Mattos	Psiquiatria	IP/UFRJ	Pesquisador do GEDA recebe auxílio da Janssen-Cilag
49.1 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
50 - César de Moraes	Psiquiatria/Neurologia	PUCCAMP/UNICAMP	
50.1 - Fábio Mello Barbirato Nascimento Silva	Neuropsiquiatria		Palestrante dos laboratórios Abbot, Astra-Zeneca,

			Janssen-Cilag, Novartis
50.2 - Ênio Roberto de Andrade	Psiquiatria infantil	USP	Palestrante dos laboratórios Janssen-Cilag e Novartis
51 - Roberta Benítez Freitas Passos	Medicina/Epidemiologia	UERJ	
51.1 - José Ramón Rodríguez Arras Lopez	Psiquiatria	UNIRIO	
52 - Maria Angélica Regalla	Psiquiatria/Psicologia Cognitiva	UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
52.1 - Priscila Rodrigues Guilherme	Psicologia/Terapeuta cognitivo-comportamental	UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
52.2 - Maria Antônia Serra-Pinheiro	Psiquiatria infantil	IP/UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
53 - Isabella Ganem Salomão de Souza	Psiquiatra	IP/UFRJ	Estudo realizado no GEDA
53.1 - Maria Antônia Serra-Pinheiro	Psiquiatria infantil	IP/UFRJ	Estudo realizado no GEDA
53.2 - Renata Mousinho	Fonoaudiologia/Linguística	UFRJ	Estudo realizado no GEDA
53.3 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	Estudo realizado no GEDA
54 - Isabella Ganem Salomão de Souza	Psiquiatria	IP/UFRJ	Palestrante dos laboratórios Janssen-Cilag e Novartis
54.1 - Maria Antônia Serra-Pinheiro	Psiquiatria infantil	IP/UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
54.2 - Didia Fortes	Psiquiatria	UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
54.3 - Camilla Moreira de Souza Pinna	Psiquiatra	UFRJ	GEDA - recebe auxílio da Janssen-Cilag
55 - Cláudia Maciel Szobot	Psiquiatria	UFRGS	Palestrante dos laboratórios Janssen-Cilag e Novartis
55.1 - Marcos Romano	Psiquiatria	UNIFESP	Palestrante dos laboratórios Janssen-Cilag e Novartis
56 - Célia Regina Carvalho Machado da Costa	Psicologia/Fonoaudiologia/Neuropsicologia	UFRJ	
56.1 - Heber de Souza Maia Filho	Neuropediatria	UFF	
56.2 - Marleide da Mota Gomes	Neurologia/Eletroencefalografia	UFRJ	
57 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
57.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA

57.2 - Catia Cristina de Araújo Quarterolli Bastos	Psicóloga/Informática	UFRJ	
57.3 - Mônica Duchesne	Psiquiatra/Neuropsicologia	UFRJ	
58 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
58.1 - Daniel Segenreich	Psiquiatra/Neuropsicologia	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
58.2 - Gabriela Macedo Dias	Psiquiatra	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
58.3 - Bruno Palazzo Nazar	Psiquiatra	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
58.4 - Eloisa Saboya	Psicologia/Neuropsicologia	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
58.5 - Meryl Brod	Psiquiatra	The Brod Group/California	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
59 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
59.1 - Daniel Segenreich	Psiquiatra/Neuropsicologia	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
59.2 - Gabriela Macedo Dias	Psiquiatra	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
59.3 - Eloisa Saboya	Psicologia/Neuropsicologia	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
59.4 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
59.5 - Meryl Brod	Psiquiatra	The Brod Group/California	Estudo patrocinado pela Janssen-Cilag
60 - Cintia Mesquita	Psiquiatra/Terapia Cognitivo-comportamental/Neuropsicologia	UFRJ/GEDA	
60.1 - Gabriel Coutinho	Psicólogo/Neuropsicologia	UFRJ	GEDA
60.2 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA
61 - Gabriel Ferreira Pheula	Psiquiatra	UFRGS	
61.1 - Luciano Rassier Isolan	Psiquiatra	UFRGS	
62 - Daniel Segenreich	Psiquiatra/Neuropsicologia	UFRJ	
62.1 - Paulo Mattos	Psiquiatra	IP/UFRJ	GEDA

Quadro 3 – Métodos ou técnicas de pesquisa; síntese do conteúdo do artigo

Número	Método
1	Questionário de avaliação do estresse parental com filhos portadores de TDA/H .Foram utilizados os Questionário de Suporte Social (SSQ), Inventário de Coping Parental (CHIP) - Área da Saúde -, Questionário de Estresse Parental para Pais de Criança com Transtorno de Desenvolvimento e MTA SNAP-IV Escala de Pontuação para Pais e Professores.
2	Questionário de avaliação sobre a percepção de professores sobre alunos portadores de TDA/H.
3	Histórico/Crítico.
4	Histórico/Crítico.
5	Tarefas computadorizadas com crianças portadoras de TDA/H e uso da Escala de TDA/H versão para professores, adaptada para pais.
6	Avaliação do banco de dados WISC-III para correlacionar QI estimado e QI total de crianças brasileiras. Os testes realizados com a Escala Weschsler de Inteligência para Crianças foi utilizados para avaliar crianças com desenvolvimento típico e as com TDA/H.
7	Estudo teórico para compreender o papel do executivo central para a compreensão do cérebro patológico ou normal.
8	Revisão crítica de artigos sobre TDA/H que avalia os critérios diagnósticos, bases etiológicas e tratamentos farmacológicos. Há predominância dos critérios presentes no DSM-IV e o reforço nas bases biológicas do transtorno.
9	Entrevista com pais-cuidadores de crianças da tribo Karajá para identificar a prevalência do transtorno em grupos populacionais isolados. Houve taxa alta de prevalência (24,5% - 7 aos 16 anos).
10	Teste psico-físico da atenção voluntária (TPAV) para avaliar o tempo de reação de crianças portadoras de TDA/H.
11	Avaliar o desempenho auditivo de crianças (PA) com TDA/H pré e pós a administração do metilfenidato. O teste de PA não permitiu diferenciar os portadores de TDAH de controles pareados. O metilfenidato se associou a melhora do desempenho nos testes de PA nos portadores de TDA/H.
12	Teste de eletroencefalograma em crianças com TDA/H
13	Entrevista com professores e pais para identificar a prevalência do TDA/H em quatro escolas públicas brasileiras. A prevalência nesses casos é maior (13%) que a tradicionalmente apontada (3-5%).
14	Avaliação da qualidade de vida de crianças portadoras de TDA/H e o desenvolvimento psicomotor usando a Escala PedsQL e Escala de Desenvolvimento Motor.
15	Revisão bibliográfica comorbidade TDA/H e epilepsia a partir de tratamentos farmacológicos.
16	Modelo computacional do cérebro para mapear a atuação da hipocatividade dopaminérgica mesocortical.
17	Questionário e observação de amostra de escolares para identificar a prevalência de TDA/H e suas comorbidades. O resultado encontrado corrobora com a literatura internacional.
18	Revisão bibliográfica de técnicas de ressonância magnética do cérebro.
19	Questionário KIDDIE-SADS PL para investigar a comorbidade do autismo com o TDA/H, ou se é um fenótipo diferente de autismo.
20	Teste com o escore de dígitos e escore de testes Corsi e exposição aos estímulos do HitRT para identificar indicadores clínicos e neuropsicológicos em crianças com TDA/H.
21	Questionário e escalas para identificar a sintomatologia da comorbidade TOD com o TDA/H.
22	Medicalização da infância/Crítico.
23	Revisão bibliográfica das principais características do TDA/H e sugestões práticas para ajudar a criança com o transtorno.

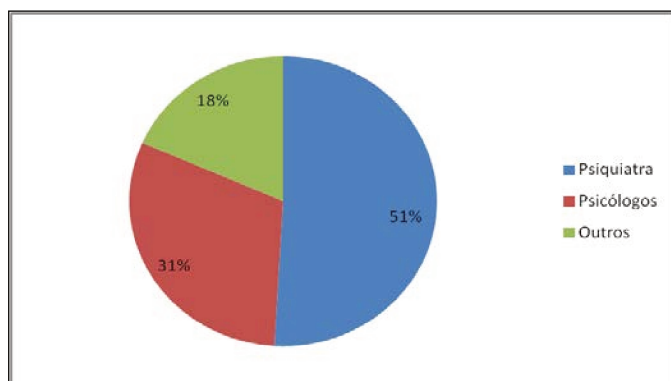
24	Entrevista com professores sobre a percepção deles dos alunos com TDA/H. Apontaram que a visão dos professores torna-se patologizante sobre os alunos. Crítico.
25	Revisa bibliografia da concepção dominante sobre o TDA/H de desajuste orgânico e faz a problematização dessa concepção retomando o conceito de atenção voluntária de Psicologia Histórico-Cultural.
26	Estudo de caso no Ensino Superior. Sugerem que o professor use o método da História Oral com os alunos com TDA/H afim de conhecer os determinantes de seu desempenho acadêmico.
27	Estudo de caso de aluno com Transtorno de Conduta (TC) e TDA/H. Sugestões para a escola trabalhar o caso.
28	Pesquisa-intervenção (Vygotsky) com crianças. Soluções alternativas à intervenção medicamentosa - alteração do funcionamento psicológico.
29	Revisão de estudos de neuroimagem sobre o papel do <i>cerebellum</i> na patofisiologia de transtornos psiquiátricos.
30	Cognitivo-comportamental/uso de computadores e investigação de estímulo reposta - TAVIS-3 e WISC-III.
31	Tradução da escala de impulsividade Barrat para o português para pesquisa de transtornos psíquicos.
32	Estudo sobre os efeitos do hidrocloridato do metilfenidato em ratos.
33	Estudo sobre as variáveis hematológicas relacionadas à deficiência de ferro e ingestão alimentar com o TDA/H.
34	Estudo da comorbidade do TDA/H com a depressão e distúrbio bipolar. Efeitos positivos dos pacientes com o tratamento de terapia cognitiva comportamental e bupropiona.
35	Revisão de estudos sobre a comorbidade entre TDA/H e distúrbios alimentares. Amostras pequenas e variadas não permitiram a generalização.
36	Estudo com ratos para investigar a comorbidade do TDA/H com transtornos relacionados ao abuso de álcool e outras drogas.
37	Discussão sobre as implicações do diagnóstico do TDA/H no comportamento de crianças/Crítico.
38	Resenha do livro de Russel Barkley: "Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento".
39	Estudo teórico de revisão sobre os recursos mais utilizados para o diagnóstico do TDA/H, uma vez que muitas crianças são diagnosticadas de forma incorreta.
40	Investigação das habilidades cognitivas de crianças e adolescentes com TDA/H com o TIHC.
41	Revisão de artigos para compreender aspectos da realidade sobre a prescrição do TDA/H e de medicamentos.
42	Pesquisa sobre o desempenho da seletividade, sustentação, atenção e tempo de reação em teste computadorizada TAVIS-III.
43	Estudo sobre os critérios para validação do TDA/H em adultos.
44	Pesquisa exploratória com psicólogos, médicos e educadores para identificar seu conhecimento sobre o TDA/H. É preciso capacitá-los.
45	Revisão de artigos para compreender os impactos de crises conjugais em indivíduos com TDA/H ou comorbidades.
46	Aspectos sobre a eficácia de administração de psicoestimulantes, antidepressivos e atomoxetina.
47	Revisão de literatura para apontar possível associação entre TDA/H e epilepsia. Ambas podem possuir base neurobiológica/propensão genética. Tratamento farmacológico é eficaz.
48	Investigar o uso de questionário (K-SADS) a partir dos critérios do DSM-IV e preenchimento da escala LICKERT para identificar o comprometimento de adultos com TDA/H.
49	Investigar o uso do instrumento <i>Adult ADHD Quality of Life Questionnaire</i> (AAQoL) para avaliar a qualidade de vida do adulto com TDA/H.
50	Artigo sobre a comorbidade entre o Transtorno de Humor Bipolar (THB) e o TDA/H e a dificuldade de avaliar os critérios para identificar os sintomas. É indicado tratamento de

	estabilizadores de humor e psicoestimulantes caso diagnosticado.
51	Estudo de um caso clínico de portador da Síndrome Gilles de la Tourette (SGT), síndrome que aparece muitas vezes associada ao TDA/H e ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), e o tratamento com inibidor seletivo de recaptura de serotonina (ISRS) e metilfenidato.
52	Revisão bibliográfica dos conceitos de resiliência, fatores de risco e fatores de proteção correlacionando com o impacto do TDA/H.
53	Descrição do processo de tradução do instrumento ChIPs (<i>Childrens Interview for Psychiatry Syndromes</i>) na versão para pais e crianças.
54	Artigo sobre diagnósticos diferenciais que podem trazer dificuldades no tratamento e diagnóstico do TDA/H caso associado com comorbidades como o déficit cognitivo global e transtornos invasivos do desenvolvimento.
55	Artigo faz uma revisão de literatura produzida que investiga a associação do TDA/H e o transtorno por uso de substâncias psicoativas (TUSP). A natureza e efeitos associação, e os possíveis tratamentos caso diagnosticado.
56	Revisão de artigos sobre a comorbidade entre epilepsia e TDA/H.
57	Investigação das habilidades cognitivas de crianças com TDA/H e crianças consideradas normais através do TRAVIS-III. O instrumento se mostrou eficiente para discriminar indivíduos com TDA/H e normais.
58	Avaliar a confiabilidade de validação do instrumento <i>Adult ADHD Quality of Life Questionnaire</i> (AAQoL) para avaliar a qualidade de vida de adultos com TDA/H.
59	Traduzir para o português e investigar o uso do instrumento <i>Adult ADHD Quality of Life Questionnaire</i> (AAQoL) para avaliar a qualidade de vida do adulto com TDA/H.
60	Avaliação neuropsicológica do desempenho de adultos portadores de TDA/H e não portadores que se queixam de desatenção. Esta distinção é um desafio para diferenciar o portador do TDA/H do não portador. Houve maior prevalência de portadores de TDA/H na execução do teste que avalia a memória operacional auditivo-verbal.
61	Revisão de artigos científicos sobre a eficácia da psicoterapia para certos transtornos mentais, dentre eles o TDA/H. O estudo mostrou que técnicas cognitivas ou de treino de habilidades sociais não foram tão efetivas como a administração de medicamentos.
62	Revisar literatura para investigar a comorbidade entre o TDA/H e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) que não é apontado nos critérios do DSM-IV.

Quadro 4 – Formação e especialização dos pesquisadores

Número	Formação dos pesquisadores	Especializações durante a carreira
1	Psiquiatria	Bioquímica
2	Psicologia	Epidemiologia
3	Medicina	Estatística
4	Ciências biológicas	Farmacogenética
5	Fonoaudiologia	Farmacologia
6	Farmácia	Fisiologista
7	Nutrição	Medicina molecular
8	Fisioterapia	Neurociências
9	Sociologia	Neurocientista computacional
10	Filosofia	Neuroimagem
11	Letras	Neurologia
12	Educação	Neurologia pediátrica
13	Informática	Neuropsicobiologia
14	Matemática	Neuropsicologia
15	Assistência Social	Neuropsicologista infantil
16		Neuropsiquiatria
17		Psiquiatria Infantil
18		Radiologia
19		Terapeuta Cognitivo-comportamental

Quadro 5 – Gráfico da formação dos pesquisadores em porcentagens com valor aproximado



Quadro 6 – Gráfico da especialização dos pesquisadores em porcentagem com valor aproximado

