



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Wilma Fernandes de Araújo**

**Discurso e medicalização: o significado do TDAH para pais e  
mães de alunos do ensino fundamental**

**Campina Grande, PB**

**2017**

Wilma Fernandes de Araújo

Discurso e medicalização: o significado do TDAH para pais e mães  
de alunos do ensino fundamental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho

Campina Grande, PB

2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A659d Araújo, Wilma Fernandes de.  
Discurso e medicalização [manuscrito] : o significado do TDAH para pais e mães de alunos do ensino fundamental / Wilma Fernandes de Araújo. - 2017.  
82 p.  
  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.  
"Orientação: Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho, Departamento de Psicologia".  
  
1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH. 2. Medicalização. 3. Patologização. 4. Psicologia social discursiva. I. Título. 21. ed. CDD 370.152 3

**Wilma Fernandes de Araújo**

**Discurso e Medicalização: o significado do TDAH para pais e mães de alunos do ensino fundamental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovada em: 28/06/2017

BANCA EXAMINADORA:



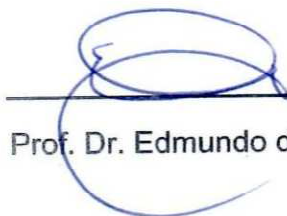
---

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho – Presidente



---

Profª Drª Sibel Maria Martins de Barros- Examinadora interna/ UEPB



---

Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio – Examinador externo/ UFCG

## Agradecimentos:

A Deus, fonte de toda sabedoria e de todo conhecimento;

Ao Prof. Pedro, meu orientador, por me acolher e me orientar;

À Profª Railda Alves F. Sabino, por sua generosidade e acolhimento;

Aos meus filhos Fernnando e Rayane pelas contribuições e apoio que me deram durante o percurso de construção deste texto;

Às colegas de trabalho da UAEI/UFCG, em especial Nil, Tania e Profª Kátia, pelo apoio e sugestões que muito contribuíram para a finalização deste texto.

Ao Prof. Edmundo de Oliveira Gaudêncio e a Profª Sibelle Maria de Barros, participantes da Banca examinadora.

O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenómeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isto presto um bom serviço à humanidade.

O alienista – Machado de Assis

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar o significado do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) em relatos de pais e mães de filhos que receberam este diagnóstico. Desde o final do século XX, mais precisamente nos últimos trinta anos, tem sido crescente o número de diagnósticos de TDA/H como parte de um crescente processo de patologização e medicalização dos comportamentos. Nesse processo, a escola aparece como principal agente encaminhador de crianças para profissionais da área da saúde, confirmando os relatos que apontam o espaço educacional como reprodutor do discurso médico-científico, sem uma reflexão própria, contribuindo para manter a exclusão e a discriminação entre os considerados normais e os “anormais”, aqueles se distanciam de seus padrões. Para efetivar esta pesquisa, realizamos doze entrevistas semiestruturadas com pais e mães de alunos do ensino fundamental I, de escolas públicas e de uma clínica particular para tratamento especializado. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, orientada teórica e metodologicamente pela Psicologia Social Discursiva, que enfatiza a importância da linguagem e do discurso na compreensão dos processos psicossociais, desenvolvida por autores ingleses como Jonathan Potter e Margareth Wetherell. Os entrevistados, em sua maioria, aceitam passivamente, sem questionar, o diagnóstico médico atribuído a seus filhos e o uso de medicamentos psicotrópicos como meio de eliminar os problemas de aprendizagem e comportamentais de seus filhos, fato que evidencia o valor e poder do discurso médico em nosso contexto social.

Palavras-chave: análise de discurso; tda/h; relatos de pais e mães; medicalização.

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to identify and analyze the meaning of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on reports from parents of children who received this diagnosis. Since the late twentieth century, more precisely the last thirty years, the number of ADHD diagnoses has been increasing as part of a growing process of pathologization and medicalization of behaviors. In this process, the school appears as the primary targeting agent of children for health professionals, confirming reports that link the educational space as a player of the scientific-medical discourse, without a proper consideration, contributing to maintain the separation and discrimination between those considered normal and "abnormal", those who distance themselves from their standards. To carry out this research, we conducted twelve semi-structured interviews with parents of primary I school students, from public schools and a private clinic for specialized treatment. It is a qualitative research oriented theoretically and methodologically by Social Discursive Psychology, which emphasizes the importance of language and discourse in understanding the psychosocial processes, developed by English authors such as Jonathan Potter and Margareth Wetherell. The majority of respondents passively accepted, without question, medical diagnosis attributed to their children and the use of psychotropic medications as a means of eliminating the learning and behavioral problems of their children, a fact that highlights the value and power of the medical discourse in our social context.

Keywords: discourse analysis; ADHD; reports from parents; medicalization.



## SUMÁRIO

Introdução .....	08
1. TDAH e medicalização da vida.....	13
1.1. O TDAH e as relações familiares e escolares .....	25
1.2. A Medicalização na escola.....	28
1.3. A criança como objeto do saber médico .....	35
2. Considerações Metodológicas .....	39
2.1. Participantes da pesquisa .....	41
2.2. Instrumento e procedimentos .....	42
2.3. Análise .....	43
3. Resultados e Discussão .....	44
3.1. Razões para os encaminhamentos .....	44
3.1.1. Demanda da escola .....	44
3.1.2. Percepção do transtorno no ambiente familiar .....	49
3.2. Posicionamento dos pais e mães em relação ao diagnóstico atribuído a seus filhos .....	52
3.2.1. Posicionamento conformista .....	52
3.2.2. Posicionamento reflexivo .....	56
3.3. Posicionamento dos pais em relação ao uso de medicamentos.....	58
3.3.1. Posicionamento conformista.....	58
3.3.2. Posicionamento reflexivo .....	62
3.4. Relatos sobre o TDAH .....	64
4. Considerações finais .....	69
5. Referências .....	73

## 1. Introdução

Dentre os transtornos da infância, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido um dos mais estudados pela comunidade científica e um dos mais citados pelo senso comum. Não é raro, diante de um comportamento mais inquieto de uma criança, ouvirmos um cidadão ou uma cidadã comum qualificar essa criança de hiperativa ou portadora do TDAH. Esse fato decorre da incorporação pelo senso comum do discurso dito científico e da importância que a mídia tem dado ao assunto, despertando o interesse das pessoas, estimulando-as a identificarem traços do transtorno e a assumirem um posicionamento em relação a ele.

Diante desse quadro, enquanto atuávamos como profissional de psicologia em uma instituição educacional infantil, nos questionávamos sobre o modo como os pais estavam assimilando os diagnósticos atribuídos a seus filhos, em especial o diagnóstico de hiperatividade, tão comum entre as crianças em idade escolar e sua face mais perversa a possibilidade de uma medicalização precoce. Preocupava-nos a rapidez com que uma criança era diagnosticada como portadora de hiperatividade, sem que houvesse uma investigação pormenorizada sobre seus laços afetivos.

Desde o advento da modernidade, temos presenciado um crescente processo de patologização e medicalização dos afetos, dos comportamentos e da vida. O cientificismo tem sido o discurso de ordem para tentar dar conta do mal-estar inerente à condição humana que vive em uma sociedade e em uma cultura. Em seu texto: *O mal-estar na civilização*, Freud (2006) afirma que os seres humanos buscam saídas para esse mal-estar através da produção artística, científica e demais atividades que dão sentido a suas vidas e possibilitem a vida em sociedade. No entanto, diante do frenesi e das urgências da contemporaneidade, temos observado que o homem, influenciado pelo discurso da ciência, busca respostas imediatas para esse mal-estar através do apelo ao consumo, sendo uma das consequências o fenômeno da medicalização como promessa de felicidade, negação do sofrimento, da angústia e prolongamento da vida (Santos & Monteiro, 2016).

Certamente não é nossa intenção negar os avanços e benefícios que o desenvolvimento técnico-científico tem proporcionado à humanidade, mas

trazer um olhar mais crítico no que se refere aos excessos que esse desenvolvimento, à luz de uma visão unicamente organicista, tem proporcionado.

Ao biologizar a vida, naturalizamos os fenômenos mais elementares e peculiares da existência humana e ocultamos questões de ordem política, social, familiar e educacionais e que, certamente tem implicação direta na forma de existir de qualquer ser humano, bem como na forma de sentir dor, alegria, prazer, medo, angústias e aflições.

No que se refere aos diagnósticos e transtornos que tem circulado na sociedade nos últimos trinta anos, em especial no ambiente educacional, chama a atenção o crescente aumento de diagnósticos de hiperatividade, o que tem levado a sociedade em geral a fazer uso dessa expressão “hiperatividade” de forma extremamente corriqueira, apontando para a possibilidade da absorção e reprodução de um discurso quando este passa a ser repetido e enfatizado, especialmente quando é respaldado pela ciência. Além do mais, o crescente aumento de crianças diagnosticadas com o referido transtorno tem suscitado discussões, debates e controvérsias em torno do mesmo, tanto por profissionais da área de saúde, incluindo médicos psiquiatras, quanto pelas instituições educacionais.

Nesse sentido, tanto os diagnósticos excessivos quanto o fenômeno da medicalização tem transformado as diversas dificuldades humanas - suas angústias, suas aflições e mesmo os seus sentimentos de modo geral - em categorias médicas, classificando-os como distúrbios e transtornos. Todo esse processo produz uma identificação subjetiva organizada em torno do saber científico, “atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o insere no campo das patologias, dos rótulos e das classificações psiquiátricas” (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2012, p.6).

Para Lima (2005), o TDAH tem servido para ampliar os diagnósticos de transtornos mentais na atualidade, por estar sendo feito, em geral, de forma apressada, sem que se leve em conta os fatores sócio-ambientais e culturais que envolvem os sujeitos diagnosticados. Ainda segundo o referido autor, nem tudo é transtorno, não se pode incluir a irritabilidade, a impulsividade ou a desatenção de uma criança dentro de um quadro médico, classificando-a a partir de um diagnóstico.

Ao problematizar o excesso de diagnósticos de TDAH, Fiori (2005) o relaciona ao fenômeno contemporâneo de novas e sofisticadas tecnologias que enxerga no corpo a causa de todos os problemas, tendo como consequência o processo de medicalização, que, por se dar de forma abrangente, repercute na infância e invade o espaço escolar.

Para a comunidade científica, o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento tipicamente da infância, embora persista até a fase adulta, o que lhe confere um caráter crônico. Esse transtorno apresenta critérios diagnósticos bem definidos cujas características são: quadros de desatenção, hiperatividade e impulsividade (Polanczyk, 2008). Os Manuais diagnósticos de transtornos mentais DSM IV (APA, 2002) e DSM V (APA, 2014) o consideram como sendo de causa neurobiológica, devido a falhas em neurotransmissores responsáveis por funções reguladoras e da atenção. Os sintomas do transtorno podem se apresentar de forma diferenciada para cada sujeito com quadro apenas de desatenção; apenas hiperatividade e impulsividade e os três sintomas combinados (Missawa & Rosseti, 2014).

O TDAH tem sido um dos mais pesquisados, discutidos e controversos dentre os transtornos da infância. Apesar de sua origem ainda ser desconhecida, pesquisas médicas defendem causas neurobiológicas para o surgimento e persistência do mesmo (Barbarini, 2014).

Segundo Rohde (2003), apesar das controvérsias e questionamentos quanto à validade desse transtorno, a quantidade de pesquisas que tem sido desenvolvida nas últimas décadas sobre esse distúrbio tem permitido considerável aceitação do mesmo pela comunidade científica em comparação com outros transtornos mentais.

Ainda segundo o referido autor, não há como negar a validade desse transtorno, tendo em vista o nível de comprometimento funcional que o mesmo provoca em seus portadores, nem considerá-lo apenas como uma forma diferenciada de comportamento de algumas crianças ou como sendo o resultado de problemas familiares ou educacionais.

No entanto, alguns estudiosos são mais críticos em relação ao assunto. Illich (1975) afirma que, no campo da ciência médica, os últimos anos têm se destacado por uma epidemia de novos transtornos e disfunções dos quais quase ninguém escapa. A medicina não apenas tem feito surgir novos

problemas de saúde com sua “mania de descobrir anomalias”, mas dado nova configuração para disfunções já existentes.

Ao discorrer sobre a revolução científica e sua ética racionalista, Pelizzoli (2015) traz para o centro da discussão uma crítica ao desenvolvimento da medicina no modelo cartesiano-empirista, modelo esse que opera uma cisão entre corpo e mente (psiquê). Nessa concepção, o corpo humano passou a ser visto como uma máquina desconectada dos fatores ambientais e relacionais, cuja mente é apenas um órgão precisando de intervenções neuroquímicas.

Tecendo uma crítica ao excesso de diagnósticos que, desde o advento da modernidade, tem invadido as escolas, nomeando as crianças de normais e anormais, por considerar as dificuldades de aprendizagens em termos de disfunções e transtornos, Moysés e Collares (2013) ressaltam que, por ter sua raiz no positivismo, a ciência médica tem obtido reconhecimento e credibilidade pela objetivação do saber que envolve pesquisas baseadas em métodos estatísticos e quantificáveis. Com base nessa premissa, essa ciência biologizou a vida, fazendo pessoas saudáveis se sentirem doentes, desconsiderando os aspectos ambientais e socioculturais que envolvem a vida humana (Moysés & Collares, 2013).

Nessa configuração, o corpo humano é reconhecido como um conjunto de órgãos e células precisando de conserto, ajustes e trocas (Illich, 1975). No que se refere à mente (psiquê), sede das emoções, onde se localizam os aspectos relacionais e comportamentais, as considerações são feitas em termos cerebrais. Na percepção organicista, doença mental é doença cerebral. Portanto, quando surgem dificuldades como problemas de comportamento, angústia, ansiedade, inquietação ou falta de atenção o cérebro tem sido a referência máxima onde se busca localizar o defeito para corrigir o problema, em geral pela via medicamentosa (Barbarini, 2014).

Ainda segundo Barbarini (2014), o discurso científico em nossa sociedade tem dado explicações e atribuído significado tanto às experiências individuais como coletivas, definindo os novos papéis sociais da família e da escola, construindo identidades, redefinindo os novos sintomas e estabelecendo as regras do que seja normal ou patológico.

Nesse contexto, a criança tem sido reduzida à condição de objeto, percebida a partir de uma “norma”, de um padrão social que nada quer saber de sua história, de seus laços sociais parentais, nem da engrenagem sociocultural que a constrói, reduzindo a complexidade de suas vivências nas relações que estabelece a um problema neurofisiológico (Barbarini, 2014).

Diante desse quadro, nos perguntamos como os pais de filhos com diagnóstico de TDAH descrevem este transtorno? Que discursos constituem esses relatos? São relatos constituídos somente pelo discurso médico, ou encontramos outros discursos constituindo esses relatos. Se outros discursos constituem esses relatos, qual a relação deles com o discurso médico? Relação de conflito? De conformismo?

Para tentar responder a essas indagações, este trabalho tem por objetivo geral identificar e analisar o significado do TDAH em relatos de pais e mães de filhos com diagnóstico de TDAH, e como objetivos específicos: analisar as razões, nos discursos de pais e mães, que os levam a buscar especialistas da área de saúde mental para detectar dificuldades em relação ao comportamento e aprendizagem dos filhos; identificar e analisar os discursos que constituem os seus relatos sobre o TDAH; analisar o posicionamento dos pais e mães em relação ao diagnóstico atribuído aos seus filhos e à prescrição de medicamentos controlados para seus filhos.

O primeiro capítulo desta dissertação apresenta o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e discute o processo de medicalização da vida, refletindo sobre a relação entre o transtorno a escola e a família, sobre o processo de medicalização na escola e, por conseguinte, sobre a criança como objeto do saber médico. O segundo capítulo, intitulado Considerações Metodológicas, aborda os principais conceitos da Psicologia Social Discursiva, base teórico-metodológica que alicerça esta dissertação, apresenta os participantes da pesquisa e o campo de investigação, bem como o procedimento analítico. O terceiro capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa, organizados a partir dos objetivos supracitados. Por fim, nas considerações finais retomamos os achados mais relevantes deste trabalho, apontamos os limites dele e sugerimos pesquisas futuras sobre essa temática.

## 1. TDAH e medicalização da vida

O TDAH é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na infância, afetando ambos os sexos, embora estudos demonstrem uma prevalência maior entre os meninos. Estima-se uma prevalência total entre 3 a 6% em crianças na idade escolar. Sendo a categoria nosológica<sup>1</sup> mais frequente entre crianças encaminhadas para os serviços de saúde mental (Chazan, 2010, Rohde, 2003).

Esse transtorno, que se caracteriza por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade, tem sido bastante pesquisado por estudiosos interessados sobre o assunto com a utilização de uma enorme variedade metodológica. Mas os resultados apresentados são conflitantes, gerando dúvidas e incertezas quanto aos instrumentos de avaliação e às características demográficas e metodológicas sobre a variabilidade das estimativas de prevalência do transtorno em crianças e adolescentes. Também há dúvidas sobre os critérios diagnósticos e instrumentos de avaliação na fase adulta (Polanczyk, 2008).

Para Benczik e Casella (2015), o TDA/H é um transtorno multifatorial, considerado um grande desafio tanto para o portador como para pais, professores e especialistas devido aos inúmeros problemas que o transtorno provoca e que tendem a se agravar com o passar dos anos, se não houver um tratamento adequado (Pliszka, 2004).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5 (APA, 2014) considera o TDA/H como um transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza por alguns critérios gerais como: a) padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade percebido de forma excessiva quando comparado com indivíduos da mesma faixa etária; b) hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento do indivíduo; c) os sintomas devem ter surgido até os 12 anos de idade, persistirem por pelo menos 6 meses e se fazerem presentes em contextos diferentes como casa, escola ou trabalho.

---

<sup>1</sup> Nosologia: Ciência que estuda a classificação das doenças.

O quadro de desatenção envolve desorganização, incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de objetos a nível inconsistente com a idade ou nível de desenvolvimento. A hiperatividade implica em atividades excessivas, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade para postergar situações. A impulsividade se caracteriza por ações precipitadas sem premeditação com potencial para danos à pessoa.

A 5ª edição do DSM abre espaço para o diagnóstico do transtorno mesmo quando houver um quadro de autismo, exceto para sua ocorrência diante de um quadro psicótico como esquizofrenia ou quando não for melhor explicado por outro transtorno do neurodesenvolvimento, além da possibilidade de classificar o transtorno em Leve, Moderado e Grave.

O DSM 5 prevê ainda subtipos do transtorno na medida em que sujeitos podem apresentar apenas um dos sintomas do transtorno, podendo ser de hiperatividade ou impulsividade. Há um subtipo em que a desatenção está presente, mas não a hiperatividade ou impulsividade, e um subtipo no qual estão presentes a hiperatividade e impulsividade, mas não a desatenção. É necessário, em todos os casos, observar o padrão dominante apresentado nos últimos seis meses para fins de diagnóstico.

Os Manuais Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM IV (APA, 2002) e DSM 5 (APA, 2014), bem como alguns estudos médicos o consideram como sendo de causa neurobiológica, devido a falhas em neurotransmissores responsáveis por funções reguladoras e da atenção. Tais manuais não desconsideram os fatores psicossociais, mas os concebem como secundários (Barbarini, 2014).

Para Barkley (2008), o TDAH é um legítimo transtorno do neurodesenvolvimento, que compreende um problema de inibição comportamental das funções executivas e da autorregulação, em especial na memória de trabalho com condição debilitante crônica. Barkley (2008) considera ainda que há um tipo predominantemente desatento, distinto do tipo hiperativo/impulsivo que se caracteriza por um vagaroso desempenho cognitivo e desinteresse social.

Nesse sentido, associações norte-americanas de portadores de transtorno de déficit de atenção têm sugerido que se utilize a sigla DA/HI, para



se referir ao distúrbio do Déficit de Atenção com Hiperatividade-impulsividade, e DDA (Distúrbio de Déficit de Atenção) para o distúrbio com características predominantemente desatentas (Silva, 2003).

Segundo Silva (2003, p.20), no conjunto dos sintomas dessa síndrome, o déficit de atenção tem sido subvalorizado, o que para ela não corresponde à realidade, tendo em vista que “a alteração dos estados de atenção é o sintoma mais significativo na realização diagnóstica”. Afinal, uma pessoa com distúrbio de atenção pode não apresentar hiperatividade física, mas sempre irá apresentar dificuldades de concentração. Para essa autora, o portador de DDA não deve ser considerado uma pessoa com um cérebro defeituoso, mas com um funcionamento peculiar.

Rohde et al., (2000), apresentam um quadro resumido com os principais sintomas que caracterizam o transtorno.

**A desatenção** pode ser identificada pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; não conseguir copiar uma frase completa; ter dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não conseguir terminar as tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; e ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias. **A hiperatividade** se caracteriza pela presença das seguintes características: atividade corporal excessiva e desorganizada como: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira excessivamente; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; pela dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar constantemente "a mil" ou muitas vezes agir como se estivesse "a todo o vapor"; e falar em demasia. **Os sintomas de impulsividade são:** Impaciência; dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez; e interromper ou se meter em assuntos de outros. .

As pesquisas sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade, em geral, seguem duas perspectivas teóricas: a que defende uma visão organicista e a que critica e contesta essa percepção acerca do transtorno (Bonadio & Mori, 2013).

Fazendo um resgate histórico sobre o TDA/H, encontramos na literatura (Ribeiro, 2014, Barbarini, 2014, Bonadio & Mori, 2013), uma primeira descrição do quadro em 1902, pelo médico George Frederic Still que, ao analisar crianças que apresentavam comportamentos instáveis e agressivos, associou tais comportamentos aos sintomas de encefalite letárgica. Esse médico notou que, após tratamento com medicamentos e mudança no ambiente, essas crianças apresentavam significativa melhora no comportamento.

Esses sintomas foram posteriormente, após a primeira e segunda guerra mundiais, designados de “lesão cerebral mínima”, devido às pesquisas desenvolvidas nesse período com crianças após traumatismos, mas por falta de comprovação quanto à hipótese de uma lesão cerebral associada aos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, o termo “lesão” foi substituído pelo termo “disfunção” (Pliszka, 2004).

Mesmo sem comprovação científica, no período pós-guerra, mais precisamente nos anos 1950, a inquietação e impulsividade foram associadas à possibilidade de uma lesão cerebral. Essa visão organicista foi se fortalecendo e compondo um quadro de critérios diagnósticos, hoje conhecido como TDAH (Bonadio & Mori, 2013).

Na década de 1960, a síndrome foi descrita pelo DSM II como Síndrome Hiperkinética, devido ao excesso de movimentos que caracterizavam o principal sintoma. Em 1962 após uma reunião de consenso, na Inglaterra, foi oficializado o termo “Disfunção Cerebral Mínima” (Bonadio & Mori, 2013).

Nesse cenário, a Disfunção Cerebral Mínima (DCM) passou a caracterizar crianças com inteligência média ou superior, mas com dificuldades de aprendizagem ou distúrbios de comportamento, associado a discretos problemas no funcionamento do sistema nervoso central, que se manifestam por déficit na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. (Bonadio & Mori, 2013, p.32).

Em 1987, o DSM III (Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais) enfatizou o sintoma de hiperatividade, e o nome foi alterado para Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção, além de admitir a possibilidade do transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade e reconhecer a presença do transtorno em adultos (Bonadio & Mori, 2013). A partir do DSM IV (1994) e até o

atual DSM 5, a síndrome passou a ser classificada como “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA/H)” DSM IV (APA, 2002) e DSM V (APA, 2014).

Até o momento, as pesquisas sobre o transtorno apresentam resultados conflitantes. Um dos fatores que provoca essa variabilidade é a subjetividade das respostas de pais e professores, “fato que requer cautela quanto aos diagnósticos pautados em uma única fonte de informação” (Bonadio & Mori, 2013, p.36).

Trata-se de uma síndrome complexa que tem sido estudada por várias áreas do conhecimento científico, suscitando discussões e controvérsias entre os estudiosos do assunto, mas cujas causas ainda não foram identificadas, embora seja bastante aceito na literatura sobre o tema que fatores genéticos e ambientais sejam a causa do transtorno, tendo em vista que algumas pesquisas com neuro-imagem funcional e neurotransmissores apontaram forte indícios de alterações neuroquímicas, como um fraco controle inibitório frontal das estruturas límbicas e influências do cerebelo e do corpo caloso no sistema atencional posterior noradrenérgico (Rohde & Halpern, 2004).

De acordo com o DSM 5, não há um marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH, ou seja, não há uma causa específica cientificamente comprovada, embora, alguns grupos de crianças com o transtorno apresentem aumento de ondas lentas no eletrencefalograma, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e possível atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior.

Estudos genéticos também apontam alta prevalência de casos de TDAH em famílias cujos pais ou irmãos apresentam o transtorno, o que indica uma probabilidade hereditária para o problema, apesar desses mesmos estudos considerarem a influência dos fatores ambientais na origem dessa patologia. Acredita-se, e tem sido bastante aceito pela comunidade científica, que vários genes de efeito menor em interação com fatores de risco ambientais, provoquem uma susceptibilidade para o transtorno (Chazan, 2010). Outro grupo de pesquisadores aponta complicações no parto e na gestação como predisponentes ao transtorno (Rohde 2003, Rohde & Halpern, 2004).

Diferenças de gênero também foram associadas ao transtorno, alguns estudos encontram significativa prevalência em meninos (9%) em relação às meninas (3%) (Ribeiro, 2014).

Segundo Argollo (2003), estudos genéticos apontam como causa da síndrome a disfunção em genes responsáveis pela transmissão dopaminérgica, envolvidos na fisiopatologia do transtorno. Benczik (2000) relata que estudos com animais demonstram que lesões na área frontal do cérebro produzem problemas de comportamento como dificuldades na atenção e no autocontrole, por ser esta a área mais susceptível às alterações dos neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos responsáveis pela transmissão dos estímulos sinápticos.

Barkley (1997) defende a ideia de uma disfunção no funcionamento cerebral que prejudica as funções executivas responsáveis pelos processos de autorregulação e das ações autodirigidas, provocando uma demora no poder de decisão e de respostas. Essas funções estão relacionadas ao desempenho das ações voluntárias, autônomas e auto-organizadas que direcionam para metas específicas como focalizar, direcionar, regular e gerenciar.

Para esse autor é a disfunção nas funções executivas que está na origem do TDAH. As funções executivas atuam por meio das ações internamente representadas, portanto, quando há um déficit nessas funções, a capacidade de controlar o comportamento fica prejudicada.

Na continuidade de suas pesquisas e publicações, Barkley (2015) tem sido bastante enfático ao defender causas genéticas e neurológicas para o TDAH. Seus argumentos se fundamentam nas recentes pesquisas em genética molecular e neuroimagem que tem identificado diferenças no cérebro de crianças portadoras de TDAH, mais especificamente na região frontal-estriatal, responsável pelas funções executivas.

Embora reconheça a importância dos fatores ambientais no desencadeamento e persistência dos sintomas, Barkley (2015) é enfático ao afirmar que o TDAH tem sido amplamente aceito pela comunidade científica como uma legítima desordem do neurodesenvolvimento, podendo se estender até a fase adulta. De acordo com o referido autor, a aceitação e o reconhecimento internacional do TDAH como um transtorno de ordem neurobiológica tem acontecido devido ao apoio dos grupos de pais, às

pesquisas desenvolvidas em diversos países com artigos publicados em jornais especializados, ao empenho de alguns profissionais dedicados sobre o assunto e ao rápido acesso às informações.

Corroborando com essa ideia, Rohde (2003) alega que o TDAH não pode ser considerado apenas um estilo de comportamento diferenciado ou atípico, tendo em vista o comprometimento funcional que a presença desse transtorno causa no desempenho de seus portadores em suas atividades diárias, sejam eles crianças, adolescentes ou adultos.

Na sequência de seus argumentos, Rohde (2003) afirma que no TDAH há um comprometimento da memória de trabalho não-verbal, responsável por manter os eventos na mente, manipulá-los ou agir de acordo com eles. Nesse sentido, o portador de TDAH não consegue controlar seu comportamento ainda que possa avaliar as consequências de suas atitudes.

Segundo Chazan (2010), apesar de sua etiologia estar fortemente relacionada a fatores genéticos, provavelmente a múltiplos genes de efeitos menores que agem em interação com fatores ambientais como adversidades familiares, nenhuma pesquisa comprovou uma única causa, tendo em vista que nenhum gene específico se mostrou suficiente para desenvolver o TDAH. Outros estudos têm apontado os conflitos familiares e psicopatologia parental grave, associados à gravidade da doença e a uma menor resposta ao tratamento com metilfenidato.

Para Harknett e Butler (2007), o TDAH deve ser considerado uma síndrome heterogênea que se manifesta de várias formas e tem causas variadas. Pesquisas apontam causas genéticas, bioquímicas, fatores sociais e ambientais. A susceptibilidade genética tem sido apontada como a mais comum devido às características de pais com impulsividade e desatenção. Outros estudos apontaram conflitos familiares (desordens de ansiedade e abuso de substâncias), problemas psicológicos e hostilidades parentais fortemente associados à prevalência do TDAH.

Assim, apesar de pesquisadores organicistas defenderem causa genética/hereditária, originada na região frontal do cérebro responsável pela alteração nos neurotransmissores capaz de provocar comportamentos inadequados e inadaptados, nenhum exame conseguiu identificar esse desequilíbrio. Mesmo assim, os defensores dessa concepção, concebem o

transtorno como um déficit orgânico, que precisa ser tratado com substâncias bioquímicas (Bonadio & Mori, 2013).

No entanto, mesmo os autores que defendem uma base genética/neurológica para o surgimento do transtorno, chamam a atenção para o fato de que, os fatores ambientais não devem ser desconsiderados, pois, em geral, os estudos sugerem correlação de fatores ao invés de causas, além de apontarem diferentes resultados devido à variabilidade metodológica.

Dentre os fatores ambientais (psicossociais), alguns autores destacam os desentendimentos familiares, presença de transtorno mental paterno ou materno, criminalidade em um dos pais e colocação em lar adotivo, como prováveis responsáveis pelo surgimento e prevalência do TDAH, uma vez que esses fatores são fundamentais para o desenvolvimento emocional da criança.

Nesse sentido, Missawa e Rosseti (2014) consideram o TDAH um fenômeno complexo, resultado da interação entre os fatores biológicos e psicossociais com “início precoce e evolução crônica”, cujos sintomas devem se apresentar de forma sistemática, contínua e prolongada.

Ainda segundo Bonadio e Mori (2013) localizar no cérebro da criança a origem de seu comportamento inapropriado enquanto entidade isolada que precisa de tratamento é uma visão bastante reducionista da complexidade que envolve o comportamento humano.

Portanto, a partir de uma concepção mais crítica, alguns pesquisadores ressaltam a importância da qualidade do vínculo-afetivo entre mãe e filho que se expressa por meio de demonstração de carinho, de apoio e de segurança, além da imposição de limites de forma eficaz e consistente como determinantes para a obtenção de comportamentos positivos ou negativos das crianças (Campbell, 1995). Nesse sentido, a referida autora adverte que os comportamentos inadequados e difíceis de uma criança não necessariamente refletem a presença de uma patologia, fazendo-se necessário, para um diagnóstico mais preciso, uma investigação criteriosa sobre o contexto familiar e social dessa criança.

Nesse sentido, Rydel (2010) adverte que as adversidades da vida como os fatores sociais e familiares tem impacto direto sobre o comportamento das crianças, podendo prejudicar o seu desenvolvimento global.

Nessa mesma linha de raciocínio, pesquisas indicam que as adversidades familiares como migrações, estresse, conflitos conjugais, baixa responsividade e pouca capacidade de envolvimento em atividades harmoniosas e lúdicas por parte dos pais contribuem para o surgimento dos problemas de comportamento, atrasos de linguagem, dificuldades nos relacionamentos e no funcionamento cognitivo (Campbell, 1995).

Ainda de acordo com a autora referenciada, estudos indicam que há uma prevalência genética na origem dos comportamentos desafiantes inclusive para o TDAH, no entanto, todos concordam que essas características ao interagirem com as dificuldades ambientais produzem efeitos direto no comportamento das crianças.

Campbell (1995), afirma que nenhuma pesquisa comprovou, até então, que o comprometimento cerebral neonatal esteja relacionado a problemas de comportamento, e, embora não seja possível determinar com precisão, alguns estudos são consistentes em afirmar que a ausência da função materna, atitudes arbitrarias e de rejeição por parte dos pais esteja diretamente associada aos maus comportamentos, às atitudes de desatenção e às dificuldades nos relacionamentos sociais.

Em pesquisa sobre os fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Vasconcelos et al., (2005) detectaram alta consistência entre brigas conjugais, depressão materna, violência intrafamiliar e diagnóstico de TDAH. Segundo esses autores, os fatores que representam risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na infância não devem ser considerados como categorias isoladas. Eles apresentam efeito cumulativo, na medida em que vários fatores como gravidade e exposição prolongada aos abusos provocam o desencadeamento.

Nessa mesma perspectiva, Vitolo et al. (2005) afirmam ser bastante aceito na literatura sobre o assunto que os maus-tratos contra as crianças têm como consequência atraso no desenvolvimento cognitivo, déficit intelectual, fracasso escolar e alto nível de problemas mentais entre crianças. Ao pesquisarem sobre atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares, esses autores constataram alto nível de problemas mentais entre as crianças que eram agredidas por familiares ou que tinham pais com problemas mentais.

Apresentando uma visão mais reflexiva e crítica, Legnani e Almeida (2008) retomam o histórico de surgimento dos conceitos acerca do TDAH e afirmam que, nos anos 1940, este quadro clínico recebia, como já citado, a designação de “Lesão Cerebral Mínima” (LCM). No entanto, pela falta de comprovação empírica nas pesquisas experimentais da existência de uma lesão cerebral, passou, então, na década de 1960, a ser considerado como Disfunção Cerebral Mínima (DCM). E acrescentam:

Já na década de 1980, na edição do DSM III, a Academia Americana de Psiquiatria propõe uma separação das perturbações por Déficit de Atenção e Hiperatividade em relação aos Distúrbios de aprendizagem, posteriormente incorporado pelo DSM IV. [...] propondo, também como critério de inclusão em uma determinada categoria diagnóstica os traços comportamentais apresentados pelo paciente (Legnani & Almeida, 2008, p.6).

O diagnóstico é baseado no histórico do comportamento, excluindo-se outras patologias ou problemas socioambientais, além de depender de relatos dos pais e professores devido à inexistência de exames laboratoriais que confirmem o transtorno.

Sobre as categorias diagnósticas usadas nas explicações médicas acerca do comportamento humano, no qual se inclui o TDA/H, Werner (1997) destaca, ainda, que, na década de 1960, os EUA sentiram a necessidade de explicar os problemas de comportamento e o fracasso escolar das crianças da classe média que ressaltava um contexto de contradições em meio ao enorme avanço econômico dessa nação. Para tanto, financiaram um projeto com o objetivo de criar diretrizes diagnósticas que substituíssem os termos “retardo mental” e “privação cultural”, usados para referenciar as camadas empobrecidas da sociedade e das minorias étnicas, por “prejuízo neurológico leve”.

Assim, é no contexto norte-americano, mais precisamente na década de 1970, que surgem as primeiras descrições médicas sobre o TDA/H, com grande repercussão nos diagnósticos de crianças e adolescentes em fase de escolarização (Legnani & Almeida, 2008).

Corroborando com essa ideia, Calimam (2009) ressalta que o TDAH nasceu e se desenvolveu em um país cuja economia exige máxima atenção, racionalidade e prudência e onde não há limites na busca por esses ideais. Por



outro lado, esse transtorno tem suscitado muita polêmica e desconfiança devido ao excesso de diagnósticos atribuído às crianças e adolescentes em diversos países e pela prescrição de estimulantes para o tratamento.

No entanto, o discurso científico sobre o TDA/H difundiu-se pelo senso comum e adentrou nas instituições como a escola que passou a fazer grande número de encaminhamentos de sujeitos para tratamento clínico, responsabilizando-os pelas dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais. Segundo Benedetti e Cunha (2008), é necessário questionar esses encaminhamentos de forma mais criteriosa, uma vez que podem estar sendo utilizados para isentar a escola e seus profissionais, além da necessidade de considerar o contexto social mais amplo no qual o sujeito está inserido.

Assim, respaldado por uma visão organicista do desenvolvimento e do psiquismo humano, na atualidade o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) tem sido uma das descrições médicas mais utilizadas no processo de psicopatologização das dificuldades que aparecem na infância (Legnani & Almeida, 2008).

Nesse mesmo raciocínio, Luengo e Constantino (2009), acrescentam que, no cenário atual, o TDA/H é o transtorno com maior frequência de encaminhamentos de crianças a especialistas da área de saúde, em especial a neurologistas pediátricos. O encaminhamento, em geral, inicia-se com uma queixa escolar. Por vezes, os professores confundem a agitação própria da infância com transtorno de comportamento e, assim, quando uma criança apresenta um comportamento diferenciado das demais, passa a ser vista como portadora de algum transtorno neurobiológico, necessitando de intervenção médica para corrigir o suposto problema.

Barbarini (2014) acrescenta que, na atualidade, a criança tem sido tomada como objeto de estudo e intervenção, e a complexidade de sua existência (sua vida, seus desejos e suas relações) é tratada de forma secundária, reduzida a um problema neurofisiológico. E acrescenta que “a questão imposta pela neuropsiquiatria nos termos atuais, é a de como o cérebro aprende e não como a criança aprende” (p.229). Nestes termos, a atuação médica se faz no nível cerebral, a fim de prever e evitar riscos e, ao mesmo tempo, aprimorar sua capacidade individual e seu desempenho social.

Em pesquisa de campo realizada em um ambulatório de psiquiatria infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, intitulada “Sob a Tutela do biopoder: crianças com TDAH”, Barbarini (2014) observou um distanciamento entre a prática médica fundamentada em um saber neurobiológico e as relações sociais e morais complexas que constituem a vida dos sujeitos-criança que comparecem para tratamento.

Na referida pesquisa, a autora afirma que, na teoria, esse distanciamento se evidencia por três momentos históricos específicos. O primeiro diz respeito à história oficial do TDAH com a pesquisa do médico inglês George Still em 1902, ao estudar crianças indisciplinadas, inquietas e impulsivas que apresentavam dificuldades para internalizar regras. Em sua pesquisa, Still evidenciou as condições mórbidas, biológicas e cerebrais do que é considerado um defeito biológico, sem levar em consideração as questões morais que permeavam o debate médico do início do século XX. Um segundo momento se refere às pesquisas de Charles Bradley (1937, *apud.* Barbarini, 2014) sobre a ação da benzendrina sobre crianças institucionalizadas consideradas problemáticas, que teria resultado em aprimoramento das respostas emocionais e melhor desempenho escolar. E, por fim, o advento do DSM III em 1980, que definia as disfunções a partir de um saber da ciência biológica, com critérios descritivos e sintomas observáveis. No entanto, esse saber tinha clara correlação com as pesquisas de novos psicofármacos desenvolvidos pela indústria farmacêutica. Sobre a relação entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, Barbarini (2014) acrescenta ainda que:

A Ritalina foi associada, nas décadas de 1960 e 70, à Disfunção Cerebral Mínima (DCM) e, na década seguinte, ao Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), diagnósticos que coexistiram e criaram as bases para o aparecimento do TDAH em 1987, com a publicação do DSM-III-R. [...] Ainda que as causas do TDAH fossem desconhecidas, observava-se que o metilfenidato estimulava o sistema nervoso central e, assim como a benzendrina, aumentava o desempenho das funções executivas, auxiliando crianças que apresentavam comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos a melhorar seu desempenho em atividades cotidianas, tais como tarefas escolares (Barbarini, 2014, pp. 224-225).

Desde então, a terapia medicamentosa tem sido a primeira escolha para o tratamento do TDAH, pelos médicos. O metilfenidato, comercializado no Brasil com os nomes de Concerta, Ritalina e Ritalina LA, é um estimulador do

sistema nervoso central, com efeito mais proeminente na atividade cerebral, cuja ação se dá pela inibição do transporte de dopamina, sendo indicado para tratamento do TDAH em adultos e crianças acima de 6 anos de idade (Venâncio, Paiva & Toma, 2013).

### **1.1 O TDAH e as relações familiares e escolares**

Nenhuma afirmativa sobre o comportamento infantil pode prescindir da observação de seu contexto familiar e social, tampouco se pode negar a importância da família no processo de desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. É a família que exerce a função de mediadora entre a criança e a sociedade, “sendo o meio básico pelo qual a criança estabelece suas relações com o mundo” (Guilherme et.al., 2007, p.203).

Os pais desejam que seus filhos sejam crianças saudáveis para que possam desempenhar os papéis que são socialmente construídos. Portanto, uma criança que apresenta um transtorno, uma doença crônica ou uma necessidade especial, cujo comportamento e necessidades difere do padrão culturalmente reconhecido como “normal”, desarticula toda a dinâmica familiar, pois os familiares passam a ver a dificuldade como sinônimo de imperfeição, sentindo-se, em geral, culpados e desorientados (Glat, 2003).

Nesse contexto, as dificuldades enfrentadas pelos familiares de portadores de TDAH são enormes e de toda ordem. Em pesquisa com familiares de portadores de TDAH, Ribeiro (2014) constatou as dificuldades que os pais enfrentam no dia a dia com essas crianças e adolescentes. A dificuldade de estabelecer limites e fazê-los seguir as regras estabelecidas foi o mais relevante aspecto estressor apontado pelos pais na referida pesquisa. Segundo a autora, O TDAH é gerador de desajustes familiares, estresse, adoecimento psíquico, além de ser causa de abusos e violência contra os portadores do transtorno, gerando sofrimento para todos os envolvidos.

A autora acima referenciada ressalta que as relações familiares com portadores de TDAH são marcadas por conflitos e frustrações. Os pais que conseguem reconhecer potencialidades nos filhos, em geral, são mais pacientes e dispostos a colaborar na tentativa de uma superação. Mas, ao contrário, aqueles que não acreditam nas capacidades do filho tendem a

desqualificar e a negligenciar suas reais necessidades, atribuindo-lhes, frequentemente, defeitos morais e os acusando de desinteressados, desobedientes, sem motivação para mudanças.

As relações familiares conflituosas são determinantes na forma como crianças e adolescentes absorvem as crenças e expectativas que seus pais tem sobre eles, podendo gerar insegurança, medo e sensação de rejeição. Sobre esse aspecto, Rydel (2010) acrescenta que pais que apresentam dificuldades emocionais e sociais tendem a ver o comportamento do filho como problemático.

As atribuições negativas dos pais sobre os filhos são referencia para que eles construam uma auto-percepção também negativa de si mesmos, podendo influenciar em suas relações futuras, repetindo em suas vivências o mesmo drama de que foram vítimas, através de condutas agressivas e antissociais (Ribeiro, 2014).

Ainda segundo a autora, crianças com TDAH são propensas a sofrerem abusos tanto na família como na escola que se expressam por meio de agressões físicas (em geral por familiares), humilhações, desqualificações e comparações no ambiente escolar. Estudos comprovam que 95% das crianças com TDAH são frequente e severamente punidas por seus pais (Blachno, et al., 2006).

Segundo Pires, Silva e Assis (2012), apesar de recentes os estudos sobre violência familiar e presença de TDAH, em geral, eles apontam que os pais de crianças com esse transtorno tendem a ser mais agressivos ao exercerem a disciplina em seus filhos, em geral, fazem uso de espancamento corporal. Por outro lado, é importante enfatizar que essas crianças, também, são vítimas de violência emocional no contexto familiar, fato que as levam a externalizar esses abusos em seus comportamentos.

Ribeiro (2014), ainda acrescenta que diante das dificuldades enfrentadas, os pais de crianças com TDAH sentem-se fracassados, exaustos e com sentimento de culpa. As relações afetivas ficam comprometidas, experimentam sentimentos de tristeza, raiva e vergonha, pois além de não conseguirem manter o controle da situação no ambiente de casa, ainda precisam administrar as dificuldades de seus filhos na escola com relação ao desempenho escolar e às relações com os colegas e com os professores.

A relação com a escola é um problema a mais para os pais de crianças com TDAH, por dois principais motivos. O sistema educacional é homogeneizador e as escolas não dispõem de recursos didáticos satisfatórios para atender as necessidades diferenciadas dessas crianças; por outro lado, os professores se sentem despreparados para lidar com as dificuldades e os conflitos gerados pelo portador do transtorno e ainda manter a ordem e conseguir trabalhar os conteúdos necessários para aprendizagem. Essas dificuldades somadas à falta de conhecimento sobre o transtorno, em geral, leva os professores a terem atitudes inadequadas e punitivas, dificultando a permanência da criança na escola (Ribeiro, 2014).

A criança com TDAH está mais propensa a sofrer afrontas, provocações e lesões físicas. No âmbito escolar, o portador de TDAH enfrenta sérias dificuldades nos relacionamentos com os colegas, além de apresentar baixo rendimento escolar e sofrer constantes suspensões e expulsões fato que atinge diretamente sua auto-estima e qualidade de vida, pois não consegue atender às exigências da escola e da família (Chazan, 2010).

Os abusos e, por vezes, a violência física e emocional contra os portadores da síndrome ocorrem por várias razões, dentre elas a crença na punição física (spancamento e castigos) como meio para solucionar o problema. Sem conhecimento acerca do transtorno (causas e como buscar ajuda), os pais se sentem desorientados frente ao comportamento impulsivo, desrespeitoso e às vezes agressivo dessas crianças, gerando sofrimento para todos os familiares (Ribeiro, 2014).

Por outro lado, os portadores de TDAH enfrentam grandes desafios e fracasso em várias áreas da vida. Eles costumam referir-se a si mesmos como sendo lentos, desatentos, inconsistentes no desempenho de tarefas, desestimulados e desmotivados. Em geral, experimentam sentimentos de tristeza, abandono e rejeição (Rohde, 2003).

Para Barkley (2002), a dinâmica familiar de crianças com TDAH é completamente alterada, os relacionamentos são corroídos pelos sentimentos negativos de culpa e estresse. Diariamente os familiares precisam lidar com os conflitos e o desconforto causado pelo comportamento impulsivo, instável e desafiador dessas crianças, gerando um misto de desconforto e decepção muito mais intensa do que as vivenciadas em outras famílias.

Nessa mesma linha de raciocínio, Benczik e Casella (2015), consideram que o TDAH é sentido como um fator negativo nas relações familiares. As relações entre pais e filhos e entre os cônjuges são marcadas pela desarmonia e pela discórdia, comprometendo a qualidade de vida de todos os seus membros, cujas relações afetivas ficam deterioradas. A autora relata casos de depressão entre os familiares, baixa auto-estima e sentimento de ter fracassado em seu papel como pais. Em geral, os pais tendem a encarar o filho como inoportuno, aversivo e desobediente, experimentando, eles próprios, sentimentos de raiva, frustração e de fracasso em sua tarefa de educar o(a) filho(a).

Outra dificuldade vivenciada no ambiente familiar de portadores de TDAH apresentada por Barkley (2002) são os conflitos entre os irmãos, por se sentirem sem a devida atenção dos pais, pois os mesmos passam a maior parte do tempo tentando administrar as dificuldades criadas pelo filho que tem o transtorno. O comportamento disruptivo, instável e inapropriado do portador de TDAH exaspera toda a família, suscitando brigas entre o casal que passa a se acusar mutuamente pela dificuldade em estabelecer limites.

## **1.2. A medicalização na escola**

O desenvolvimento da ciência médica de meados do século XIX ao século XX trouxe significativos avanços para a humanidade na cura de doenças e controle de epidemias, modificando as relações sociais e de poder até então exercidos principalmente pela religião.

Novos e sofisticados equipamentos para exames conseguem mapear os genes do corpo humano, detectar os defeitos e intervir ainda no ventre materno. Na medida em que seu conhecimento foi se ampliando, a medicina passou a legislar sobre todos os aspectos da vida humana, definindo o que é saúde e o que é doença, o que está no campo da normalidade ou no campo da anormalidade. O conhecimento tornou-se cada vez mais especializado, a psiquiatria e a neurologia surgiram para cuidar das doenças da mente e o comportamento das pessoas passou a ser regulado, tratado e orientado com base em cálculos estatísticos de uma ciência empirista-positivista (Moysés & Collares, 2013).

Segundo Calazans e Lustoza (2008), o processo de medicalização que temos observado com mais eficácia desde meados do século XX, tomou impulso a partir da decisão da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, ao declarar o conceito de saúde<sup>2</sup>, passou a considerar a patologia mental no mesmo parâmetro da patologia orgânica, assim, o que antes era considerado problemas mentais passou a ser concebido como problemas cerebrais.

Para Calazans e Lustoza (2008), um dos pressupostos teóricos implícito no projeto de medicalização é o pragmatismo científico, que, respaldado pelo desenvolvimento das ciências naturais (biologia, fisiologia, genética e neurociências), considera que um tratamento bem sucedido deve solucionar o sofrimento humano a um baixo custo e em um curto espaço de tempo, sem considerar o problema que está em jogo.

De acordo com Conrad (2007), esse processo foi possível devido aos avanços tecnológicos na área da medicina que tem se apropriado do seu saber para influenciar e direcionar a vida das pessoas, naturalizando os comportamentos através da cultura, da família e da escola.

O tema da medicalização da vida tem despertado reflexões sob vários aspectos. Os que defendem e são adeptos da intervenção medicamentosa para os mais variados problemas da vida humana, justificando sua crença a partir dos efeitos positivos do saber técnico da medicina. Por outro lado, os mais críticos observam o impacto negativo desse processo alegando que a medicina ao se tornar corporativista, passou a manter controle absoluto sobre a vida humana de forma individual e coletiva, determinando as fórmulas para o bem viver (Canesqui, 2015).

No primeiro semestre dos anos setenta do século vinte, Ivan Illich (1975) lançou um alerta contra o que ele chamou de “Expropriação da saúde” e “Medicalização da vida” devido à expansão do domínio médico sobre todos os aspectos da vida humana e a consequente “invasão da indústria farmacêutica” em sua incessante busca pelo lucro. No processo de medicalização da vida, a

---

<sup>2</sup> Conceito de Saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

ciência médica desconhece limites e faz desaparecer a divisa entre saúde e doença. Em sua avidez por rendimentos, o marketing da indústria farmacêutica visando o controle social e não apenas o indivíduo doente, leva as pessoas a acreditarem que elas precisam de cuidados médicos para solucionar suas queixas mais comuns, tendo como resultado o aumento na venda de medicamentos e consequente aumento no lucro dessas empresas.

Segundo Conrad (2007, p. 46), medicalizar as pessoas significa manter o controle absoluto sobre seus corpos, transformando os dilemas humanos à condição de doença orgânica. O processo de medicalização ocorre quando “problemas que não são de ordem médica são transformados em problemas médicos, elevados à categoria de transtornos e desordens”, enquadrados em entidades nosográficas.

A medicalização da vida, segundo Canesqui (2015), é um processo amplo que envolve construções de hospitais, indústria farmacêutica, laboratórios, profissionais médicos, ampla variedade de medicamentos, além do controle social pela medicina em decorrência de uma profusão de diagnósticos. Como afirmava Foucault (1979), a legitimação da medicina moderna associada ao Estado, desde o século XIX, permitiu a extensão da racionalidade biomédica ao controle do corpo social.

Segundo Luz (1997), a evolução tecnológica que possibilitou o desenvolvimento de sofisticados equipamentos para diagnósticos e novos métodos terapêuticos associados à indústria farmacêutica transformou a prática da medicina num verdadeiro jogo de interesses.

Na lógica medicalizante, questões da vida cotidiana como dificuldades de relacionamentos, baixo desempenho escolar, metas que não são alcançadas, dores e sofrimentos são vistos como processos patológicos que precisam ser tratados, desconsiderando-se os fatores sociais, históricos e relacionais desses sujeitos, que passam a ser responsabilizados individualmente por suas dificuldades (Conselho Regional de Psicologia - CRP-SP, 2011).

Nessa perspectiva, os problemas humanos, independentemente de sua origem, estão sob o controle e domínio do saber médico, de forma que há uma ampla apropriação desse saber para diagnosticar e tratar os inúmeros casos de novos transtornos e doenças que são categorizados pelos manuais



diagnósticos. Nessa proliferação de novos diagnósticos é possível que adultos e crianças estejam sendo medicalizadas de forma equivocada (Conrad, 2007).

Para designar a intensificação do fenômeno da medicalização na atualidade, Clarke et al (2003) propuseram o conceito de biomedicalização. Para esses autores, o desenvolvimento das biotecnologias tem dado nova configuração aos cuidados de saúde, no qual as questões emocionais mais corriqueiras passam a ser administradas pela amplitude da medicina, fazendo surgir “novos diagnósticos, tratamentos e procedimentos”.

Nesse processo medicalizante, a ritalina tornou-se o psicoestimulante mais consumido no mundo, a produção mundial desse medicamento cresceu mais de 1200% de 1990 a 2006. Esse aumento deve-se principalmente à sua vinculação com o TDAH. Desde então, o uso do psicofármaco passou a servir de referencia para legitimar o diagnóstico, não apenas em crianças, mas também, em adolescentes e adultos, fato que justifica o aumento do consumo (Ortega et al. 2010).

De 1998 a 2008 houve um aumento considerável do uso desse medicamento para além das funções terapêuticas. A ritalina tem sido usada tanto para o tratamento do déficit de atenção como para melhorar o desempenho acadêmico de alunos, considerados saudáveis, nas universidades. Além do mais, a associação entre ritalina-TDAH que passou a existir entre 1980 a 1990 fez aumentar os critérios diagnósticos para esse transtorno e, conseqüentemente o aumento de prescrições da droga (Ortega et al., 2010).

A história do uso dos psicoestimulantes para tratamento do TDAH, segundo Barkley (2008), começou entre os anos 1937 a 1941, ao se perceber que as anfetaminas prescritas para os casos de cefaleia infantil tinham efeito sobre o comportamento dessas crianças, melhorando a atenção e inibindo o comportamento agressivo.

É importante ressaltar que, no contexto desse processo de medicalização da vida, ocorre também a medicalização da educação. No sistema educacional, difundiu-se a crença de que a medicina seria capaz de resolver todas as dificuldades de aprendizagem, tendo em vista que os problemas apresentados pelos alunos estariam restritos aos seus cérebros,

sendo, portanto, os alunos, os únicos responsáveis pelo não-aprender e pelo não se comportar (Moysés & Collares, 2013).

Nessa perspectiva, tem-se observado um crescente processo de medicalização da vida via diagnósticos, por vezes indiscriminados, respaldados por uma visão organicista que tem atribuído causas orgânicas a todas as dificuldades comportamentais e relacionais, bem como, às dificuldades de aprendizagem das crianças no âmbito educacional (Fiori, 2005).

Sobre esse aspecto, Luft (2007) sugere que, na atualidade, a medicalização parece ser a forma pela qual a ciência médica tem exercido o controle (poder) sobre os corpos e a mente. No que se refere às crianças no sistema educacional, a medicalização adquire a função de mantê-las quietas e sem distração. Nesse contexto, é comum encontrarmos nas falas/narrativas de professores, termos que sugerem uma percepção patologizante das dificuldades do aluno, situando o problema de forma individual, responsabilizando-os pelas dificuldades de aprendizagem e de comportamento (Landskron & Sperb, 2008).

Nesse contexto, é assustador o número de crianças que estão sendo medicalizadas para melhorar o desempenho escolar e resolver os problemas de comportamento sem que haja uma reflexão mais ampla sobre os efeitos futuros desses diagnósticos e as consequências do uso de psicoestimulantes (Leonardo & Suzuki, 2016).

Sobre esse assunto, a Revista Nova Escola (2013) traz um artigo intitulado “Os riscos da medicalização do ensino” e faz um alerta com base em dados divulgados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), sobre o aumento do uso do medicamento Ritalina para crianças entre 06 e 16 anos. Segundo este estudo, nos três últimos anos o aumento do uso do medicamento, indicado principalmente para Transtornos do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é de 73,5%, em especial nos períodos das aulas regulares.

Segundo Ferreira (2013), repórter responsável pela matéria, uma das justificativas plausíveis para o aumento do uso da medicação seria o fato de, na atualidade, “tratar-se com remédios problemas que não são de saúde”, e a escola parece que vê no uso da medicação a solução para um aluno-problema e o conseqüente fracasso escolar:

Usar a medicação como única ferramenta para solucionar dificuldades de comportamento e/ou de aprendizagem é tratar questões comportamentais como algo exclusivamente biológico, desconsiderando a sua subjetividade e a maneira como o estudante é impactado pela realidade que o cerca. (Ferreira, 2013, p. 20).

O texto da ANVISA, referenciado na reportagem da revista Nova Escola, intitulado “Alerta terapêutico em farmacovigilância” - (2013), chama a atenção dos prescritores e da sociedade em geral para um possível uso inadequado do Metilfenidato (princípio ativo de remédios como a Ritalina), conhecido no Brasil como a “droga da obediência”. O metilfenidato é um estimulante do Sistema Nervoso Central, comumente usado para melhorar o desempenho cognitivo de crianças e adolescentes. O referido texto esclarece que o fármaco foi aprovado no Brasil em 1998 para tratamento do (TDAH) em crianças a partir dos 06 anos de idade. Os dados da ANVISA que considera o indicador DDD (dose diária definida)/1000 crianças entre 06 e 16 anos/dia constata que o aumento do consumo do fármaco entre 2009 e 2011 foi de 164%, e acrescenta:

A Agência Europeia de Medicamentos (EMA), através do Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), reavaliou em 2009 a relação do uso do metilfenidato com o aumento de riscocardio e cerebrovasculares, além de transtornos psiquiátricos, recomendando aos prescritores maiores cuidados no diagnóstico dos pacientes e nos tratamentos de longa duração. O relatório final destacou que o tratamento não está indicado para todas as crianças com diagnóstico de TDAH e a decisão para uso do medicamento deve ser baseada em cuidadosa avaliação da gravidade e cronicidade dos sintomas da criança em relação à sua idade. (ANVISA, 2013).

Silva, Santos e Oliveira Filho (2015) afirmam que a crença de que as dificuldades de comportamento ou de aprendizagem sejam de responsabilidade unicamente do indivíduo favorece a prática de “encaminhamentos” para profissionais especializados, corroborando com o discurso cientificista e desresponsabilizando a escola.

Acerca do diagnóstico de TDAH no espaço escolar, Mesquita (2009) considera que esse diagnóstico está mais associado aos comportamentos escolares desviantes, sendo a via de acesso do discurso médico à educação, favorecendo o fenômeno da patologização e medicalização dos problemas escolares.

Ademais, ressalte-se ainda as críticas à indústria farmacêutica, inventora de doenças, que nas últimas décadas tem buscado atingir não somente quem precisa de medicamentos, mas as pessoas saudáveis, transformando-as em doentes potenciais. Nesse mercado altamente lucrativo, a angústia humana virou patologia. Queixas comuns como tristeza e timidez são transformadas em doenças, criando-se com isso, novas disfunções, síndromes e transtornos (Moynihan & Cassels, 2006).

O marketing das indústrias farmacêuticas consiste em fazer com que as pessoas aceitem que qualquer indisposição é digna de uma intervenção médica, para a qual haverá um diagnóstico e, por conseguinte, a prescrição de medicamentos. Nesse “leque de disfunções possíveis”, a linha que separa o saudável do doente é tênue, quase ninguém escapa desses novos transtornos. Afinal, quanto maior for o número de síndromes e disfunções, maior o número de consumidores que precisam de medicamentos, conseqüentemente, maior lucratividade para o mercado farmacêutico (Moynihan & Cassels, 2006).

Entretanto, na contra-mão do atual paradigma organicista que tem transformado o mal estar humano em categoria de doença (transtornos e distúrbios), nos últimos anos estudiosos, pesquisadores, profissionais da área de saúde e da educação e parlamentares têm unido esforços com a finalidade de mobilizar pessoas para uma reflexão acerca do fenômeno da medicalização.

Como resultado desses esforços, aconteceu na cidade de São Paulo, de 11 a 13 de novembro de 2010, o I Seminário Internacional “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, que teve como ação política o lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, de atuação permanente, com o objetivo de articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização (CRP-SP, 2010).

O excesso de diagnósticos e a medicalização quando indiscriminada têm se configurado, na atualidade, como uma questão de saúde pública, tendo em vista dados estatísticos divulgados pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) - ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013), em relação ao aumento exacerbado do consumo de medicamentos controlados como a Ritalina, em geral prescrita para distúrbios comportamentais como Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem

Hiperatividade (TDA/H), em especial nos períodos das aulas regulares, e ao considerável número de encaminhamentos feitos pelas escolas de crianças que apresentam dificuldades de relacionamento.

Certamente que os estudiosos e críticos do assunto não negam a importância e eficácia dos medicamentos, quando de fato se faz necessário. São inegáveis os benefícios advindos do desenvolvimento da biomedicina para a cura de doenças, controle de epidemias e de quadros psicóticos, o que se questiona é o excesso de diagnósticos e abusivo uso de medicamentos, sendo estes a primeira opção para solucionar todo e qualquer desconforto humano, afinal, toda medicação tem efeitos colaterais a curto e longo prazo, especialmente quando se trata de crianças, sujeitos em desenvolvimento.

### **1.3. A Criança como objeto do saber médico**

Historicamente, a infância sempre esteve condicionada pelo modelo sociocultural vigente em cada época. De acordo com Ariès (1981), uma nova concepção de infância e família começa a surgir a partir do século XVII, diferenciando-se do então modelo medieval, período em que as crianças eram consideradas como pequenos adultos, “adultos em miniatura”. É a partir dessa nova caracterização da ideia de infância que começa o reconhecimento desse período da vida nos moldes como o compreendemos hoje.

Segundo Postmann (1999), a categoria infância foi separada da categoria adulto, na medida em que se percebeu a necessidade de que elas aprendessem a ler e a escrever em resposta às exigências de uma cultura letrada que surgia com a revolução cultural e desenvolvimento da imprensa.

Ao longo do século XX, a criança foi tomada preponderantemente como objeto de estudo da psicologia do desenvolvimento, sendo analisada e classificada como seres biopsicológicos, criando-se um vínculo entre educação e medicina, de forma que essa criança pudesse ser analisada e tratada, visando um melhor e mais adequado desenvolvimento de suas potencialidades (Sarmiento & Gouvea, 2008).

Segundo Faria Filho (2004), as relações entre infância e modernidade se estabeleceram pela necessidade de manter uma tradição de criança civilizada, destinando a elas espaços específicos, estabelecendo novas relações de

autoridade e novas formas de comportamento. Desde então, a infância veio a ser considerada como uma fase da vida a requerer “cuidados especiais”, por se tratar de um período de formação para as fases subsequentes, na medida em que os adultos assumem a preocupação com sua educação, carreira e futuro.

No final do século XVIII e início do século XIX (com o desenvolvimento do capitalismo) há uma transformação política e econômica nas sociedades ocidentais, surgindo, também, uma nova concepção de riqueza. A riqueza de uma nação deixa de ser avaliada pela sua extensão territorial e passa a ser vista em termos da qualificação de sua população, ou seja, uma nação rica e desenvolvida deveria contar com uma população bem qualificada; com boa saúde e boa educação para garantir a exploração de seus recursos naturais (Birman, 2012).

Em decorrência desse período acima referenciado surge, no início do século XIX, o grande investimento na área da Medicina e da Pedagogia com vista à qualificação da população. É nesse cenário que as crianças passam a ser percebidas como “o futuro da nação”, por condensar essa nova concepção de riqueza, necessitando, portanto, de mais e melhores investimentos do ponto de vista médico e educacional (Birman, 2012).

Esses novos ideários provocaram alguns desdobramentos, como a necessidade de se instituir novos modelos de governabilidade, ou seja, tornaram-se necessárias novas formas de dominação e controle sobre a população.

É a partir dessa nova forma de poder que Foucault (2010) criou os conceitos de biopoder e biopolítica atrelados à ideia de poder disciplinar exercido pelos estados modernos, visando o controle sobre os indivíduos.

É ainda nesse século XIX que surge o conceito de “norma” e de “regra” visando subjugar não apenas os corpos individuais, mas o corpo social com o objetivo de docilizar os sujeitos e torná-los mais produtivos. Sobre esse aspecto, o referido autor acrescenta ainda que os estados modernos encontraram novas formas de controlar os sujeitos não mais pela soberania do Estado, em que o soberano tinha “o poder de mandar matar ou deixar viver”, mas pelo poder sobre a vida biológica (nascimento, mortalidade, saúde, duração da vida) (Foucault, 1979):

É na articulação da anatomopolítica dos corpos com a biopolítica das populações (mecanismos de regulação e segurança) que teria se produzido esse saber sobre a vida. O investimento maciço sobre a vida e seus fenômenos se faz através de uma tecnologia refletida e calculada e da introdução da população como objeto de intervenção política, de gestão e de governo (Martins & Peixoto Junior, 2009, pp. 157-165).

Segundo Foucault (1979, p.190) a medicina é a disciplina que melhor tem exercido as funções do biopoder, devido à extensão do saber médico “para além das enfermidades”, mantendo o controle e “a regulação da vida das populações, a medicalização dos comportamentos, dos discursos, dos desejos, etc.”, fazendo surgir uma sociedade normalizadora.

Nesse processo de categorização dos indivíduos, a sociedade do controle separa os indivíduos por seus traços individuais estranhos e inadequados, responsabilizando-os pelos seus comportamentos (Foucault, 2001).

Barbarini (2014) destaca ser possível localizar a versão contemporânea do biopoder na figura da criança-aluna com TDAH, que tem se constituído em meio a um campo de disputas entre os saberes e discursos da neuropsiquiatria, da família e da escola.

Ao discorrer sobre o poder psiquiátrico que emergiu no século XIX, Foucault (2006) afirma que esse poder se deu pela psiquiatrização da infância e não pela figura do adulto, na medida em que foi possível dar outro estatuto para a loucura através de conceitos como idiotia e imbecilidade, que fundamentaram o conceito posterior de “criança retardada”. Foi pela criança e não pelo adulto que esse poder adentrou nas instituições sociais como a família e a escola, cuja difusão se respaldou na elaboração do conceito de normalidade, possibilitando a demarcação da criança anormal (Foucault, 2006).

Essa necessidade de normalização e controle social criou um elo de responsabilidades divididas entre a família, a escola e a medicina, sendo a criança foi transformada em objeto de investigação científica (Birman, 2012).

Do século XIX até meados do século XX, a família dividia com a escola a responsabilidade pela educação e socialização das crianças; a primeira se encarregava da socialização primária, repassando os valores e normas sociais, (educação doméstica) e à escola cabia a socialização secundária, do ensino institucionalizado e do conhecimento sistematizado (Birman, 2012).

No entanto, com as transformações políticas e sociais, o século XXI tem apresentado significativas modificações na concepção e na relação adulto/criança. Sobre este aspecto, podemos perceber uma verdadeira inversão do saber sobre esta criança. Se a partir do século XVIII até aproximadamente os anos 50/60 do século XX, os pais detinham o conhecimento sobre o fazer/educar seus filhos, com as mudanças sociais do século atual, este saber tem se diluído, sendo aos poucos transferido, terceirizado, em especial, para aqueles que detêm um conhecimento técnico-científico, por estarem respaldados pelos discursos da medicina, da pedagogia e da psicologia (Birman, 2012).

Isso se deu como consequência da própria evolução científica e do desenvolvimento das novas drogas psicofarmacológicas, a partir do final do século XX, quando a psiquiatria biológica e a neurobiologia ganharam grande credibilidade por parte da comunidade científica e, por conseguinte, da sociedade em geral, resultando no ressurgimento do pensamento organicista e biologizante (Birmam, 1999).

Segundo Lajonquière (2010), na modernidade a criança não é apenas um ser em desenvolvimento com *status* diferenciado dos adultos que precisa de cuidados diferenciados e necessidades educativas, mas transformou-se em um ser que precisa ser decifrada à luz do “tecnocientificismo médico-psicopedagógico”; e exemplifica:

As crianças não fazem mais travessuras merecedoras de um corretivo qualquer, elas padecem de um déficit de atenção objeto de resignação e boas doses de ritalina. [...] elas são como são porque são sócio-historicamente assim! [...]. Agora, os pais estimulam o desenvolvimento ou interação com as capacidades maturacionais, seguindo as prescrições de manuais os mais variados (Lajonquière, 2010, p. 62).

Assim, transformada em objeto de conhecimento científico, a criança tem sido alvo de investigação científica e, quando não se enquadram nos padrões de “normalidade” estabelecidos pela sociedade, mais precisamente pelo saber médico, passam a ser consideradas sujeitos portadores de transtornos neurobiológicos que precisam de tratamento médico-farmacológico.



## 2. Considerações Metodológicas

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, orientada teoricamente e metodologicamente pela Psicologia Social Discursiva, doravante (PSD), abordagem teórico-metodológica que enfatiza a importância do aspecto construtivo da linguagem e do discurso na compreensão dos processos psicossociais. De acordo com Potter e Edwards (2001), a PSD evidencia o modo como a realidade e os processos mentais são construídos pelas pessoas nos diversos contextos interacionais. Nesse sentido, como afirma Rasera (2013), o foco da PSD são as práticas discursivas e sua organização nos diferentes contextos.

A Psicologia Social Discursiva é uma nova forma de pesquisar em psicologia social, desenvolvida por autores ingleses como Jonathan Potter e Margareth Wetherell, a partir da publicação do livro “*Discourse and Social Psychology*”, em 1987, ao defender o discurso como prática social, enfatizando o aspecto construtivo e ativo do uso da linguagem no dia a dia (Rasera, 2013). Ainda segundo Rasera (2013, p.817), “a Psicologia Discursiva busca compreender como o discurso realiza práticas sociais, sem se restringir à estrutura linguística ou às cognições subjacentes à conversa”.

O termo discurso tem adquirido diferentes significados nos diferentes contextos da vida social. A PSD o concebe como um modo particular de falar e compreender o mundo. É uma forma de ação social que desempenha um papel na construção do mundo social, incluindo as identidades, as relações sociais e a manutenção dos padrões sociais (Jorgensen & Phillips, 2002).

Nesse sentido, a noção de discurso na PSD é entendida como prática social e faz referência a todas as formas de interação, tanto pela fala como por textos escritos de todos os tipos. Nessa perspectiva, o termo análise de discurso é usado para nomear a análise de todas essas manifestações discursivas nos diversos contextos da vida social (Potter & Wetherell, 1987).

A análise do discurso enquanto ferramenta metodológica e perspectiva teórica da Psicologia Social enfatiza a importância da linguagem para a vida social, tendo em vista que ela, a linguagem, está no centro de todas as atividades sociais, usada para construir e criar nossas percepções, as interações sociais e o mundo social. “A linguagem envolve processos de

pensamento e raciocínio”, sendo a forma mais básica e universal de interação entre as pessoas (Potter & Wetherell, 1987, p. 9).

Ao discorrer sobre o caráter discursivo na construção da realidade na perspectiva da PSD, Wetherell (1998) afirma que o tecido argumentativo que compõe a realidade social é constituído de linguagem verbal e não-verbal, numa incessante atividade humana da qual emergem os agentes sociais, os objetos, as instituições sociais e as estruturas sociais.

Wetherell (1998) ainda destaca não ser possível conceber o tecido social composto por sujeitos cuja linguagem seja totalmente fixa. Na verdade, os sujeitos são constituídos nas diversas formas discursivas na medida em que assumem posições no interior da diversidade discursiva existente na sociedade. Nesse cenário de múltiplos discursos, as identidades são sempre contingentes, instáveis e contraditórias.

A PSD enquanto campo teórico-metodológico concebe a linguagem a partir de alguns aspectos práticos como **função, construção e variabilidade**, como importantes ferramentas que auxiliam o pesquisador no processo de análise, tendo em vista estar interessada no discurso em si e não em processos cognitivos ou psicológicos internos ao sujeito (Potter & Wetherell, 1987).

Com o termo função Potter e Wetherell (1987) querem enfatizar que nós usamos o discurso para realizar ações como acusar, persuadir, justificar, explicar, avaliar etc. Nesse sentido, a fala e os textos são orientados para diferentes funções que estão interligadas ao seu contexto.

Com o termo construção querem destacar que quando narramos uma história ou descrevemos as características de uma pessoa estamos construindo a realidade, os sujeitos e objetos que fazem parte dessa realidade. Esse é o caráter construtivo da linguagem.

De acordo com Wetherell e Potter (1996), de forma consciente ou não para o sujeito que o produz o discurso está sempre cumprindo funções específicas, disso decorre a enorme variabilidade discursiva que são as diversas maneiras de se construir uma argumentação.

Essa variabilidade não é vista como um problema para a psicologia social discursiva. Seus teóricos esperam que ocorra uma variabilidade no discurso em diferentes ocasiões ou mesmo em diferentes partes de uma

mesma conversa, pois entendem que as afirmações são flexivelmente construídas para estarem de acordo com práticas específicas que acontecem no momento da fala (Potter, 1998).

### **2.1. Participantes da pesquisa e campo de investigação**

Nossa pesquisa se deu em escolas da rede municipal de ensino na cidade de Campina Grande-PB e em uma clínica para tratamento especializado, com pais de crianças na faixa etária de 06 a 10 anos, do ensino fundamental I, cujos filhos tinham sido encaminhados para algum especialista e tinham recebido o diagnóstico de TDA/H.

Inicialmente, pensou-se em realizar a pesquisa nas escolas da rede municipal e privada de ensino no município de Campina Grande-PB. No entanto, as escolas da rede privada que foram contactadas negaram o acesso, alegando dificuldades de diálogo com os pais devido à necessidade de sigilo. Desse modo, a pesquisa de campo ocorreu em instituições que aceitaram a pesquisa em suas dependências: seis escolas da rede municipal de ensino e uma clínica para tratamento especializado, que cobra pelos serviços prestados. Logo que iniciamos o trabalho de campo na clínica particular, privada, constatamos que as crianças, ali atendidas, eram alunos da rede privada de ensino. Desse modo, os entrevistados eram pais que tinham filhos na rede privada e na rede pública, fato que permitiu uma maior diversidade no que diz respeito ao grau de escolaridade e classe social dos participantes.

A clínica particular para tratamento especializada situa-se no município de Campina Grande-PB e é composta por uma equipe multidisciplinar (neuropsicóloga, fonoaudióloga e psicopedagoga) que tanto atende crianças que tenham sido encaminhadas pela escola, como qualquer pessoa que a procure espontaneamente.

Foram entrevistados um pai e 11 (onze) mães, perfazendo um total de 12 entrevistas. As entrevistas foram realizadas nas escolas e na própria clínica. Na psicologia discursiva o tamanho da amostra não precisa ser necessariamente grande, isso depende do objetivo da pesquisa. Como o que se pretende é descrever a função do discurso e suas implicações para a vida cotidiana, Potter e Wetherell (1987), afirmam que a amostra pode consistir de um único texto, vários textos ou várias entrevistas.

A escolha por pais de crianças do ensino fundamental I, se deu pelo fato de ser nessa fase que o ensino torna-se mais sistematizado e a criança passa a ser exigida em termos de desempenho escolar. Nesse momento a escola e os saberes técnicos que a auxiliam passam a acompanhar mais intensamente a criança em busca de padrões de conduta e de aprendizagem que se distanciam da normalidade.

Dos doze entrevistados um era do sexo masculino e onze do sexo feminino. A faixa etária dos pais que foram entrevistados variou entre 30 e 47 anos de idade, o grau de escolaridade também teve uma variação entre ensino fundamental incompleto e terceiro grau completo. Dois tinham ensino fundamental incompleto, três fundamental completo, três segundo grau completo, uma terceiro grau incompleto e três terceiro grau completo. De igual modo, houve uma variação na classe social dos entrevistados.

As mães cujos filhos eram alunos da rede municipal situam-se economicamente na classe média baixa e os pais cujos filhos eram alunos da rede privada e atendidos na clínica particular especializada situam-se na classe média alta. Todos os nomes citados no interior do texto são pseudônimos, escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora, mediante compromisso prévio com os participantes de preservar suas identidades.

## **2.2. Instrumento e procedimentos de coleta de dados**

Como instrumento para a coleta dos dados utilizamos a entrevista semi-estruturada que, conforme Laville e Dionne (1999, p.188), constitui-se de uma “série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento”.

Buscamos através deste instrumento, obter informações contidas nos discursos dos pais, para posterior análise da concepção discursiva dos mesmos, visando contribuir para esclarecimento e compreensão do objeto desta pesquisa. Após a realização das entrevistas, gravadas individualmente com a utilização de um gravador digital e mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, fizemos a transcrição das falas e passamos à categorização e análise do material discursivo.

### 2.3. Análise

Nessa perspectiva teórica, o foco da análise está na maneira como os sujeitos se posicionam, expressam suas opiniões sobre assuntos controversos e apresentam os outros sujeitos nas suas conversas, narrativas, histórias e relatos (Potter, 1998, Wetherell, 1998). Assim, a análise do material coletado seguiu uma sequência de passos inter-relacionados como: a) gravação, b) transcrição, c) escuta e leitura e d) codificação (categorização) e análise (Potter, 2004).

A transcrição é a primeira etapa no processo de análise, que deve ser feita na íntegra. A transcrição das falas dos participantes atentou cuidadosamente para os detalhes da expressão verbal, respeitando a entonação das palavras, a sequência de sua construção, as pausas e a organização do discurso em resposta às questões formuladas. Nesse sentido, foram preservadas as pausas, a linguagem coloquial (informal), bem como, as expressões que transgridem a norma culta, usadas pelos participantes. Em seguida foram realizadas várias escutas e leituras dos materiais transcritos com o objetivo de se familiarizar com o conteúdo das falas.

Após a transcrição e leitura do material foi feita a codificação do material guiada pelas questões de pesquisa. Na perspectiva adotada aqui a codificação deve ser a mais abrangente possível, “de forma que possa incluir todas as instância limítrofes”. Esse processo não é a análise propriamente dita, trata-se de uma preparação para um estudo minucioso do material coletado, facilitando o trabalho de análise. A codificação é “uma maneira de organizar as categorias de interesse” com as quais se pretende trabalhar (Gill, 2002, p.254). A codificação foi guiada pelas questões de pesquisa. Assim, só para citar um exemplo, o questionamento sobre as razões que teriam levado os pais a procurar especialistas para seus filhos produziu duas categorias: “Demanda da escola” e “Percepção do distúrbio no ambiente familiar”.

No trabalho de análise atentamos para as diferentes ações realizadas pelo discurso e para os efeitos dessas ações (Potter & Wetherell, 1987). É importante atentar para o modo como o discurso está sendo construído e como determinadas declarações são aceitas como verdadeiras ou naturalizadas (Wetherell & Potter, 1996). Desta feita, ao analisar as produções discursivas

dos indivíduos, é possível apreender a forma como as identidades são construídas e como os estereótipos em relação a grupos ou sujeitos considerados “diferentes” são disseminados (Silva, Santos & Oliveira Filho, 2015).

### 3. Resultados e Discussão

#### 3.1. Razões para os encaminhamentos:

Neste item discutimos as razões que teriam levado os pais a buscarem especialistas da área de saúde mental para os seus filhos.

##### 3.1.1. Demanda da escola

Em vários relatos, a escola aparece como o agente que encaminha a criança para o especialista. Vejamos os seguintes relatos:

(Entrevistadora) - Por que decidiu procurar um especialista médico ou psicólogo para levar seu filho(a)?

(Sonia) - ah, foi indicação da escola.

(Rita) - Porque eu mudei de escola e [...]. [...] Até pra ver se era problema até da escola, aí a professora disse: “Rita, ela não tá bem, ela não tá se concentrando, ela não tá bem aqui na sala de aula, né?” [...] agora na escola foi onde foi detectado o problema dela, entendeu? Na aprendizagem foi onde realmente se descobriu essa questão de Baby, esse problema, né?

(Cida) – porque, assim, tava muito difícil a convivência em casa, na escola, sempre chegando muita reclamação que ele batia nos coleguinhas, que ele não queria prestar atenção na aula. Então assim, eu vi que realmente tava necessitando de uma ajuda, aí foi quando a professora dele encaminhou a gente pra qui. [...].

(Entrevistadora) - Quando seu filho recebeu o diagnóstico de hiperatividade?

(Joana) - [...] quando eu mudei de escola, aí foi a psicóloga de lá notou a hiperatividade, aí passou pro neuro, aí ele fez o diagnóstico, aí ele passou remédio pra ela tomar, aí melhorou, foi melhorando aos poucos, ainda tem dificuldade.

(Entrevistadora) - Quando seu filho foi diagnosticado com hiperatividade? A senhora lembra?

(Beta) - Eu lembro que foi aqui na escola, quando uma professora disse assim: “mãe essa criança tem algum problema sério”, aí eu disse: “tem”? Eu nem acreditei assim, aí quando a professora dele começou a descobrir, né? foi falando pra mim, aí eu levei ele no médico [...].

(Entrevistadora) - Quando seu filho recebeu o diagnóstico de TDAH?

(João) - [...] começamos a notar alguma anormalidade na escola, com relação ao comportamento. O pessoal filmou ele no colégio, nós fomos ver, e realmente achamos o comportamento, assim, meio estranho, dele.

(João) - A princípio, quando eu fui ver no colégio, em Recife, a imagem de Roger, quando eles filmaram, a gente achou muito estranho, [...]. [...] então daí em diante passamos a buscar ajuda de especialistas.

Como se pode notar nas falas acima, a escola aparece como um dos principais agentes de encaminhamentos de crianças para profissionais especializados. Nas expressões “foi indicação da escola”, “na escola foi onde foi detectado o problema” e “foi aqui na escola” os pais constroem a escola como responsável pelo encaminhamento de suas crianças para tratamento clínico.

Essa explicação para a procura de profissionais especializados construída pelos pais é corroborada por estudos que investigam a relação da escola com o processo de psicologização. Segundo Silva (1994), já na década de 1990 as queixas escolares eram os principais motivos de encaminhamentos de crianças para atendimentos psicológicos junto aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo.

No repertório usado pelos entrevistados, a escola é retratada como um agente de normalização sempre atento aos desvios da norma: “Rita, ela não tá bem, ela não tá se concentrando, ela não tá bem aqui na sala de aula”; “na escola, sempre chegando muita reclamação que ele batia nos coleguinhas, que ele não queria prestar atenção na aula”.

Nos relatos dessas mães e do pai, não há qualquer reticência ou dúvida em relação à validade do diagnóstico preliminar realizado pela escola ou em relação aos procedimentos da escola para identificar o TDAH. Demonstram uma atitude exagerada de deferência em relação ao saber escolar, reproduzindo de certa forma o discurso, muito comum no universo escolar, que tende a responsabilizar unicamente o aluno pelas suas dificuldades e a desresponsabilizar a escola.

Em um estudo realizado por Silva, Santos e Oliveira Filho (2015), por exemplo, realizado com professores do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas, do estado de Pernambuco, observou-se um modo psicologizante e biologizante de descrever o aluno com TDAH. Nos relatos

desses professores, tal como nos relatos das mães e pai acima, não se duvida em momento algum da pertinência dos relatos dos professores, e dos agentes escolares de uma forma geral, sobre os alunos diagnosticados com TDAH.

Nesses relatos são usadas algumas expressões (“ela não tá bem”; “essa criança tem algum problema sério”; “a gente achou muito estranho”) que teriam sido usadas pelos profissionais da escola ou pelos próprios pais, que dão um tom de estranheza e anormalidade à conduta dos alunos com TDAH.

Tais relatos endossam legitimam o papel da escola enquanto agente normatizador e disseminador do discurso técnico-científico, que tem se constituído como instituição apta a atender os “normais”. Neles se aceita implicitamente que aqueles que não se enquadram nos padrões pré-estabelecidos pelo sistema educacional, ou seja, os que apresentam dificuldades de aprendizagem, inquietação ou desatenção devem procurar recursos extra-escola, de preferência um especialista na área de saúde para solucionar o problema.

Essa visão de pais e mães sobre o papel da escola resulta da legitimação de um conjunto de atitudes e práticas da escola no mundo ocidental e na sociedade brasileira em particular. De acordo com Freitas (2011), a escola encontra-se presa a pressupostos cientificistas tanto da medicina quanto da psicologia e, por conseguinte, não consegue assumir seu espaço e função no campo de ensino-aprendizagem, sentindo-se incapaz de buscar estratégias que possam minimizar as dificuldades que dizem respeito ao seu campo específico de atuação. A escola ainda não conseguiu assimilar que crianças apresentam dificuldades de aprendizagem por diversos fatores de ordem sociocultural, familiar, econômica, didático-pedagógica e também cognitiva.

No mesmo sentido, Silva, Santos e Oliveira Filho (2015) afirmam que é comum encontrar no ambiente educacional, discursos que classificam e constroem estereótipos em relação aos discentes quando os mesmos apresentam comportamentos considerados estranhos ou diferente dos padrões preestabelecidos. Há no âmbito escolar uma tendência em ressaltar as dificuldades e as características indesejáveis dos alunos, considerando-os problemáticos, inaptos ou incapazes, quando não são rotulados como portadores de algum déficit ou distúrbio limitador da aprendizagem. Sendo os



mesmos tidos como os únicos responsáveis por suas dificuldades educacionais, portanto precisando de cuidados específicos por outras áreas do conhecimento.

Algumas falas acima colocam em evidência, sem que essa seja a intenção dos entrevistados, o caráter perscrutador, esquadrinhador e vigilante da escola: “na escola foi detectado o problema dela”; “a psicóloga de lá notou a hiperatividade”; “o pessoal filmou ele no colégio”. Não poderia ser diferente num mundo em que esses procedimentos são centrais para o funcionamento das sociedades contemporâneas.

Segundo Foucault (1999, p. 172-173), o princípio do panopticismo ajudou a elaborar e induzir “o funcionamento de uma sociedade atravessada por mecanismos disciplinares”, dando origem ao que ele chamou de sociedade disciplinar.

Para esse autor, o aparecimento desse poder disciplinar a partir do século XVIII, fez surgir novas formas de controle e dominação sobre os indivíduos, não mais pelo poder de um soberano, mas pela vigilância, conforme descrito no modelo do panóptico de Bentham<sup>3</sup>. Nesse sentido, o panoptismo representa um mecanismo de controle pelo olhar vigilante de um observador, pela regulamentação do tempo e espaço que os indivíduos ocupam nos diversos âmbitos da sociedade. Esse dispositivo de disciplinamento se espalhou pelas demais instituições sociais. Enquanto construção, o panóptico nunca foi edificado, mas seu princípio tomou forma nas mais diversas instituições da sociedade moderna como dispositivo de vigilância, controle e poder.

No que se refere à escola, como as demais instituições, esta tornou-se um dispositivo de vigilância, pelo acompanhamento de todo o programa de ensino, assegurando que aqueles que nela se inserem estejam em permanente estado de observação.

---

<sup>3</sup> O Panóptico de Bentham é uma figura arquitetônica de vigilância, composta por uma construção em anel; no centro, uma torre com largas janelas com aberturas para a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas. Cada cela com duas janelas, uma correspondendo às janelas da torre, outra que dá para o exterior, permitindo que a luz atrevesse a cela de um lado a outro. Colocando-se um vigia no alto da torre, todos os trancafiados, um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar, serão todos perfeitamente visíveis aos olhos do observador (Foucault, 1999, p.165-166).

Nessa linha de raciocínio, Arnold (2006, p. 51) destaca que “a norma classifica os sujeitos em lugares e posições, criando mecanismos disciplinares para que os mesmos sejam corrigidos”. O referido autor acrescenta que as medidas de normalidade são produzidas para distinguir as anomalias, de forma que elas sejam visíveis e estigmatizadas.

Não estamos aqui a defender nenhuma espécie de liberalismo ingênuo que pressupõe ser possível uma sociedade sem mecanismos de controle. No entanto, mais uma vez, chama a atenção, a ausência de qualquer questionamento, nas falas dos entrevistados, acerca do caráter invasivo de alguns desses procedimentos. A expressão de João, “o pessoal filmou ele no colégio”, é dita de maneira muito tranquila e legítima a natureza hipervigilante desse tipo de instituição.

Há que se ressaltar, também, um tipo de ação muito peculiar realizada nas falas acima. Nos relatos supracitados, há um conjunto de afirmações sobre o mundo que realizam diferentes ações. Apresentam a escola como responsável pelo encaminhamento dos filhos para profissionais especializados e o comportamento do aluno diagnosticado com TDAH como um comportamento anormal, estranho, etc. Essas ações constroem diferentes objetos do mundo de determinada maneira. São ações propriamente ditas. Mas há um outro tipo de ação realizada por esses relatos. Potter (1998) a denomina de ação epistemológica, a ação de construir aquilo que é afirmado sobre o mundo como um fato, como uma hipótese, etc. No caso específico dos relatos acima, a ação epistemológica é a ação de construir como fatos as afirmações que produzem. Um recurso de produção de factualidade se destaca em alguns desses relatos. Trata-se do uso do discurso direto em passagens como: “Rita, ela não tá bem, ela não tá se concentrando, ela não tá bem aqui na sala de aula”; “mãe essa criança tem algum problema sério”. Quando colocamos numa narração trechos supostamente literais, como os dois acima, produzimos aquilo que afirmamos como um fato, porque somente alguém que esteve presente na cena poderia citar literalmente uma expressão que teria sido pronunciada nela. Assim, aquilo que se afirma passa a ter mais credibilidade, adquire mais veracidade.

Pode-se dizer, utilizando a terminologia usada por Potter (1998), que esses narradores apresentam a si mesmos como “categorias de crédito”.

Categorias de crédito são pessoas que, por qualquer motivo, dão mais credibilidade àquilo que afirmam. Nos casos acima, a credibilidade advém da presença dos narradores na cena que descrevem. Outras categorias de crédito são mobilizadas, além do próprio narrador, para dar credibilidade à afirmação segundo a qual as crianças apresentavam de fato um comportamento diferente do resto da turma, para tornar factual a afirmação de que as crianças de fato tinham TDAH. Estamos falando dos diferentes profissionais mencionados, professores, psicólogos, médicos, e da própria escola enquanto instituição.

### 3.1.2. Percepção do transtorno no ambiente familiar

Em resposta a uma das questões do nosso roteiro de entrevistas: Como foi para você receber esse diagnóstico em relação a seu filho(a)? Obtivemos os seguintes relatos ilustrativos de um conhecimento prévio acerca do transtorno.

(Alba) Bom [...], a gente já tinha mais ou menos uma ideia de que realmente ia dar esse resultado e a gente enfrentou [...].

(Rose) Como eu sou professora, eu já percebia algumas, alguns comportamentos em casa,[...]. [...] as reclamações da escola só reforçavam aquilo que eu já, já imaginava, [...].

(Joana) quando ela era pequena, ai eu já senti assim, quando ela completou uns 2 anos, 3 anos ai eu já senti a diferença que ela não acompanhava, entendeu?

(Lisa) Na verdade eu já esperava, porque ela era [...] assim, diferente das outras crianças, mais agitada, mais inquieta, [...].

(João) Bryan, caçula, nós também notávamos o comportamento dele, também meio disperso [...].

As falas de Alba, Rose e Joana sinalizam que elas tinham uma ideia acerca dos sinais que caracterizam o transtorno, pelo uso das expressões: “a gente já tinha mais ou menos uma ideia”, “eu já percebia” e “eu já senti a diferença”. Essa percepção dos sinais do transtorno no ambiente doméstico aponta para o conhecimento que o senso comum tem adquirido acerca do mesmo, devido à enorme divulgação feita sobre o tema pelos diversos meios de comunicação e nas conversas corriqueiras entre as pessoas, tendo em vista a banalização do discurso sobre o TDAH.

Ao usar a expressão “como eu sou professora”, Rose se coloca na posição de quem detém um certo conhecimento em relação ao transtorno devido a sua profissão. O título de professora na fala de Rose é usado para dar credibilidade à sua percepção em relação ao comportamento do filho. Em seguida, ao dizer que, “as reclamações da escola, só reforçavam aquilo que ela já imaginava”, Rose está concordando com as reclamações que recebia da escola como se o espaço escolar, na pessoa do professor, estivesse tecnicamente habilitado a detectar os problemas dos alunos.

Segundo Mesquita (2009, p.63), pais e professores tem sido transformados em especialistas sobre o TDA/H, na medida em que são informados cientificamente acerca do transtorno, através de uma espécie de cartilha, elaborada com o intuito de ajudá-los a avaliar e detectar o transtorno, contendo, também, instrumentos e métodos para intervenção. Essa conduta assumida por renomados especialistas sobre o tema TDAH, se confirma pela edição e distribuição do livro “O TDAH nas escolas”, recém editado no Brasil. Para a referida autora, essa postura não tem outro objetivo, senão fazer circular as teorias e práticas médico-científicas no espaço educacional.

Em consonância com esta ideia, Fiore (2005) destaca que a escola tem sido um lugar propício à observação dos transtornos e do fenômeno da medicalização, sem que o professor tenha tempo e aporte suficiente para refletir sobre esses processos. Seguindo o mesmo raciocínio, Patto (1999) acrescenta que o TDAH tem sido compreendido e aceito pelos professores, a partir do discurso médico, como uma fatalidade orgânica, tendo em vista o problema se localizar no cérebro da criança. Segundo a autora, essa compreensão sobre o transtorno, traz conforto à escola, na medida em que a isenta de suas responsabilidades.

Um fator importante que tem favorecido a aceitação e assimilação do discurso médico acerca do TDAH por pais e professores é o fato de que, além de bastante estudado e pesquisado, o referido transtorno tem sido também bastante divulgado pelas mídias sociais. Como exemplo, a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) tem divulgado informações, resultados de pesquisas científicas e prestado esclarecimentos acerca do transtorno à população, sobre as principais características e como lidar com o portador de TDAH na família e na escola. Esse fato tem levado as pessoas a se

apropriarem de um discurso e a assumirem um posicionamento retórico sobre o referido transtorno.

Nas falas de Joana e Lisa há um posicionamento frente ao comportamento dos filhos que elas nomeiam de “diferente”, algo que foge do padrão que na fala de Lisa é reforçado pelas expressões, “inquieta” e “agitada”, referenciado a partir do que é considerado “normal” (Canguilhem, 1982), o que caracteriza um conhecimento acerca do que elas consideram ser um comportamento que destoa do padrão de normalidade estabelecido pela sociedade. Ao criar padrões para o comportamento dos sujeitos, tudo o que foge a essa “norma” causa estranhamento, passando a ser visto como diferente e anormal (Foucault, 2010).

Nesse mesmo sentido, a fala de João aponta para um conhecimento que tem sido assimilado pelo senso comum sobre os padrões de “normalidade” e “anormalidade”, estabelecidos pela sociedade, pelo uso da expressão: “nós também notávamos o comportamento dele, [...] meio disperso [...]”. Ser disperso, na fala de João, tem o sentido negativo do diferente, do ausente, do distraído.

João demonstra ter assimilado que a sociedade estabelece a diferença entre os sujeitos, na medida em que constrói comportamentos considerados “normais” e padronizados, sendo assim, João observa e avalia o comportamento do filho como sendo disperso, no sentido de uma falha.

É nesse sentido que a PSD afirma que somos produtores e produto dos discursos que circulam na sociedade, e, por estarmos imersos em um contexto sociocultural assimilamos os discursos, narrativas e histórias que são compartilhadas coletivamente. As pessoas se apropriam dos discursos que são socialmente divulgados e os reproduzem como sendo factuais, verdadeiros (Potter & Wetherell, 1987).

As expressões destacadas acima tem a função de construir identidades, tendo como referência comportamentos que destoam do que elas consideram “normal” e de acordo com o esperado. A construção identitária de um sujeito não é um processo autônomo, isolado, mas modelado pela participação conjunta, pela interação coletiva de vários sujeitos, incluindo os familiares, amigos e os pares. Nesse processo de múltiplas singularidades que se

entrecruzam, o sujeito é simultaneamente construtor e construído (Maheirie, 2002).

Segundo De Luca (2009), a dedução por parte dos pais sobre os sinais e sintomas do TDAH, deve estar pautada em uma melhor investigação acerca do mesmo e em uma reflexão sobre os relacionamentos intra-familiares e extra-familiares que envolvem a relação com a criança. As famílias precisam ser informadas que as crianças não apresentam comportamento padronizado, “mas são influenciadas por variáveis ambientais, socioeconômicas, culturais e familiares” (p.8860). Em geral, suas observações são pautadas no conhecimento do senso comum divulgado pela mídia.

Corroborando com essa ideia, Couto (2014) afirma que a subjetividade de uma criança não é inata, mas se constrói na relação que se estabelece entre ela e seus cuidadores primordiais. A autora acrescenta que todo sujeito é uma síntese complexa de determinantes biológicos, sócio-familiares e da forma singular como se apropria e responde a essa rede de relações.

### **3.2. Posicionamento dos pais e mães em relação ao diagnóstico atribuído a seus filhos.**

Pudemos observar dois posicionamentos assumidos pelos entrevistados em relação ao diagnóstico atribuído aos seus filhos.

#### **3.2.1. Posicionamento conformista**

Nessa categoria estão as falas dos entrevistados (quase totalidade deles) que aceitaram sem contestação o diagnóstico proferido pelo médico:

(Entrevistadora) - Ouve mudanças no relacionamento familiar após o diagnóstico? E o que mudou?

(Sonia) Sim. Mudou muito, porque a princípio a gente julgava muito ela, antes de entender o que se passava na cabeça dela. [...] hoje a gente entende, então a gente ajuda mais e tenta fazer de outra forma pra poder ajuda-la, então foi bem melhor.

(Rita) [...] mais ou menos com um mês ou dois depois que mudou de médico, a medica disse: “não! ela não tem traços, ela é hiperativa”. Pra mim foi um choque ter a certeza né?[...].

(Entrevistadora) - Porque você decidiu procurar o neurologista?

(Joana) Pra o melhor, pra ela ficar bem [...].

(Entrevistadora) - O que o especialista falou?

(Lisa) No caso da minha filha, os próprios médicos falam que o problema dela, [...].

(Jane) solicitei do posto de saúde um neurologista, [...] só em observar já identificou que ele era [...] é hiperativo [...].

(Cida) [...] então quando foi diagnosticado o DTH pra gente[...]. [...] e assim foi uma luz que abriu na mente da gente [...].

(Joana) Aí ele fez os exames, aí disse: realmente que ela tem hiperatividade, mas isso não era coisa do outro mundo, com a medicação ela ia aos poucos [...]. [...] aí passou pro neuro, aí ele fez o diagnóstico, aí ele passou remédio pra ela tomar, aí melhorou [...].

Ao ser questionada se houve mudanças no relacionamento familiar após o diagnóstico, Sonia responde que sim, porque “antes ela não entendia o que se passava na cabeça da filha” [...] “então foi muito melhor”. Percebe-se na fala de Sonia que havia um estranhamento em relação ao que se passava na cabeça da filha, ela já localizava o problema na cabeça, de forma que o diagnóstico veio confirmar essa percepção, proporcionando uma nova maneira da família se relacionar com a menina.

Como afirma Birman (1997), a ciência, com o seu discurso de verdade, apazigua corações e mentes. Por ter adquirido poder de examinar, classificar ordenar e decidir, o discurso científico faz as pessoas acreditarem que ele é o único capaz de solucionar os mais diversos problemas da vida humana. Para o referido autor, o discurso científico é elaborado de forma absolutamente inquestionável. Por se inscrever no registro da universalidade e do experimento empírico, seu enunciado tornou-se o único que pode formular teses sobre a natureza, a vida e a condição humana acima de qualquer suspeita, pois está acima das diferentes perspectivas enunciadas pelos diferentes grupos sociais.

Para Rita, o diagnóstico emitido pela médica lhe dá a certeza do problema da filha, funciona como uma sentença incontestada. Embora, sentindo-se “chocada”, pelo anúncio inesperado em relação à filha, ela não se questiona

sobre a possibilidade de um equívoco médico, apenas aceita o diagnóstico como uma declaração inquestionável.

Ao ser questionada “porque decidiu procurar um neurologista”, Joana responde que foi “para o melhor, pra filha ficar bem”. A fala de Joana expressa a credibilidade e a confiança que ela atribui ao saber médico. Para Joana, o médico é detentor de um saber absoluto, é ele quem sabe resolver os problemas das pessoas. Por ter o devido conhecimento irá ajudar a filha a ficar bem.

Alguns discursos tem a função de atribuir credibilidade a suas falas. Ao dizer que “os próprios médicos falam”, Lisa está fazendo uso das categorias de crédito a que se refere Potter (1998), para expressar esse poder e autoridade atribuída ao discurso médico construído pelo imaginário cultural. De acordo com Murguia (2014, p.5), “a procura por uma justificativa científica, devido à sua enunciação da verdade”, perpassa todas as instituições sociais, dando credibilidade aos seus discursos. Por isso, quando alguém quer dizer algo da ordem do irrefutável, fala em nome da ciência.

Observa-se essa mesma função discursiva de valorização do saber técnico na fala de Jane, quando a mesma expressa que “só em observar já identificou”. Para Jane o médico tem o poder de detectar com precisão apenas pelo olhar o problema do filho. Ela o considera um legítimo observador dos distúrbios de comportamento, apenas em olhar. Não há na fala de Jane maiores implicações ou preocupação quanto ao diagnóstico, ela o aceita com tranquilidade.

Cida afirma que o diagnóstico foi como uma luz que iluminou sua mente, trazendo clareza e compreensão para o problema do filho, “quando foi diagnosticado o DTH pra gente[...]. [...] e assim foi uma luz que abriu na mente da gente”. Para Cida o diagnóstico é uma luz que dissipa a escuridão da dúvida e do não saber lidar com as dificuldades do filho, dando-lhe a certeza de que o defeito está localizado na criança. Poder contar com um saber considerado acima do dela, alivia seu sofrimento e suas inquietações e, ao mesmo tempo, diminui os sentimentos de culpa, desresponsabilizando-a em relação ao problema do filho. O diagnóstico enquanto simples ato de nomear e classificar já é suficiente para tranquilizar Cida. Ela o aceita como uma verdade absoluta,



demonstrando não ter clareza do significado do transtorno nem quais as consequências que o diagnóstico e a medicação podem acarretar.

De acordo com Brzozowski e Caponi (2009), para muitos pais e professores o diagnóstico pode representar um alívio, pois funciona como um atenuante. No lugar da dúvida e incompreensão com as quais conviviam, surge a certeza diagnóstica tornando mais fácil a convivência, uma vez que lhes é apresentado uma explicação científica para tais comportamentos. A criança antes rotulada de desobediente, preguiçosa e egoísta passa a ser considerada e classificada como “doente”, isso muda a forma de perceber o sujeito.

Do ponto de vista médico, as dificuldades da infância são vistas como sintomas devido a falhas localizadas no funcionamento cerebral e seus mecanismos neuroquímicos. O olhar médico sobre a criança situa-se exclusivamente em seu corpo, tendo como parâmetro uma visão unicamente organicista que prescinde completamente da escuta de sua história de vida, pois nesse contexto a criança é a única que nada fala sobre ela mesma, nele desconsidera-se seus aspectos subjetivos e suas vivências (Kamers, 2013).

Em um segundo momento, Joana diz: “Aí ele fez os exames, aí disse: realmente que ela tem hiperatividade”, e “passou pro neuro, aí ele fez o diagnóstico [...] aí melhorou [...]”. A fala de Joana expressa uma aceitação em relação ao diagnóstico e a confiança na melhora da filha a partir do diagnóstico e do tratamento. Ao dizer que a filha de Joana “tem hiperatividade”, o médico utiliza um discurso de autoridade e faz uma afirmação categórica sobre suas condições mentais. A expressão “aí melhorou”, usada por Joana, expressa uma confiança pelo simples fato da filha ter passado pelo médico neurologista e esse ter dado o diagnóstico.

Segundo Foucault (1996), os discursos institucionalmente organizados como o discurso jurídico, político e científico selecionam e qualificam os sujeitos que falam, conferindo-lhes saber e poder. A relação “saber-poder” existente nas sociedades ocidentais confere ao discurso científico uma nova autoridade que se exerce em função da norma (Foucault, 2002, p.88).

Apresentando uma visão mais crítica em relação aos excessos de diagnóstico e conseqüente processo de medicalização, Freitas (2011, p.62) afirma que diante da certeza científica de um diagnóstico, se “dilaceram as perspectivas de mudança”, pois trata-se de algo imutável, genético, o sujeito

passa a ser reconhecido pelo rótulo que carrega, torna-se um hiperativo ou um desatento. A autora ainda acrescenta que, na maioria das vezes, ao proferir um diagnóstico e prescrever uma medicação pensa-se mais no conforto de pais e professores do que no sofrimento da criança.

Nas falas supracitadas há uma aceitação passiva dos diagnósticos atribuídos aos seus filhos. Fica evidente que, para esses entrevistados, a sentença diagnóstica proferida por um profissional técnico da área de saúde expressa uma verdade absoluta e inquestionável. Não há sinais de preocupação ou busca por um melhor entendimento sobre as implicações de um diagnóstico. Apenas Rita expressa ter ficado “chocada”, mas se submete ao que foi dito, sem duvidar ou questionar. Nesses casos, as expressões usadas pelos entrevistados adquirem a função de valorização e conformismo frente ao saber médico, por estar este socialmente valorizado e legitimado.

### **3.2.2. Posicionamento reflexivo**

Foram poucos os entrevistados que apresentaram dúvidas em relação ao diagnóstico atribuído a seus filhos. Apenas 02 dentre os 12 entrevistados expressaram questionamentos acerca do diagnóstico, como podemos constatar pelas falas que se seguem:

(Mara) só que na verdade, é[...], é hoje eu não posso nem dizer que tenho a certeza desse diagnóstico[...].

(João) sempre fica aquela interrogação, [...]. [...] sempre fica a dúvida se é questão da doença ou se é questão da idade,[...]. [...] eu acho que [...] não dá pra gente definir que é uma doença, até hoje eu tenho certas dúvidas se é realmente uma doença,[...]. [...] existe também uma certa preguiça, então você fica na dúvida, será que é uma preguicinha ou será que é a doença?

Mara afirma que “hoje” tem dúvidas em relação ao diagnóstico, no entanto, não relatou em nenhum momento de sua fala ter pesquisado a respeito ou buscado outras alternativas para as dificuldades de comportamento do filho.

João faz vários questionamentos, expressando dúvidas e incerteza quanto à “doença” do filho. João usa a expressão “dúvida” reiteradamente: “fica a dúvida”, “eu tenho certas dúvidas”, “você fica na dúvida”. Percebe-se que

João não aceita de forma tranquila o diagnóstico, há em sua fala uma inquietação quanto a veracidade e exatidão acerca do que é construído como transtorno. Existe para João a possibilidade de não se tratar apenas de uma doença, mas, de uma “certa preguiça”.

Diferentemente de outras falas em que o diagnóstico médico traz um certo conforto, por substituir o rótulo de preguiçoso que algumas mães atribuíam a seus filhos, para João, essa suposta preguiça abre a possibilidade do filho não ser um doente, um hiperativo.

É possível inferir que o reduzido número de sujeitos que questionam o diagnóstico médico ocorre em função de que os saberes e procedimentos técnicos legitimados pelo discurso científico, em especial nas sociedades ocidentais, são considerados fontes de verdades absolutas e inquestionáveis, tornando-se difícil contestá-los (Mesquita, 2009).

Além disso, a visão biomédica que perpassa o relacionamento médico-paciente é autoritária e normativa, aos “doentes” cabe se submeterem ao saber científico, único verdadeiro e eficaz no tratamento e prevenção das disfunções orgânicas (Tesser, Poli Neto & Campos, 2010).

Portanto, assumir uma postura crítica frente a uma determinação técnico-científica, não é uma tarefa fácil, isso implica em buscar recursos necessários para averiguar, examinar o que está sendo dito ou posto diante de nós. Esse ato implica correr riscos e ter disposição para empreender a tarefa.

Acresce ainda que, de acordo com Davies e Harré (1990), as estruturas sociais, através de seus discursos, são coercitivas, portanto, precisamos operar dentro de seus termos. Sendo assim, nossas narrativas se baseiam no conhecimento dessas estruturas e nos papéis que são socialmente reconhecidos, variáveis de acordo com a ocasião, isso tem implicação na forma como nos posicionamos em relação aos assuntos que são abordados. No entanto, esses autores afirmam que somos responsáveis por nossas escolhas discursivas dentre as inúmeras possibilidades de posições à nossa disposição. Em geral, nos posicionamos nos assuntos que nos são mais familiares, trazendo para as narrativas nossas vivências subjetivas, metáforas, personagens e enredo.

### 3.3. Posicionamento dos pais em relação ao uso de medicamentos

Medicalizar é conformar os mais diversos problemas sociais ao modo de pensar da medicina. Nesse sentido, a medicalização da sociedade como alguns críticos tem considerado faz parte de um processo sociocultural, no qual a sociedade não é isenta nem neutra. Ao contrário, a medicalização responde aos anseios de uma sociedade centrada no imediatismo, sendo, assim, parte de seu imaginário social no qual a medicina tem se constituído como supremo saber.

Quase que diariamente somos informados acerca de novos medicamentos e novas formas terapêuticas que se dizem capazes de melhorar nossa qualidade de vida. O problema é que se por um lado é inegável a contribuição dos medicamentos no combate às doenças orgânicas, por outro, corremos o risco de querer solucionar conflitos de ordem emocional e relacional utilizando-se da oferta de medicamentos sem considerarmos os efeitos colaterais que esses fármacos provocam.

Assim, ao analisar os discursos dos pais, identificamos dois posicionamentos quanto ao uso de medicamentos por seus filhos para combater os sintomas do TDAH, posicionamento conformista e posicionamento reflexivo.

#### 3.3.1. Posicionamento conformista

Em resposta às questões: “Seu(a) filho(a) está sendo medicado(a)?” e “O que você acha desse medicamento?” algumas mães responderam assim:

(Lisa) [...] Está, tá sendo medicada e tá tendo muito êxito com a medicação. [...] ela tem se dado muito bem com esse medicamento, graças a Deus, é um Santo remédio, [...].

(Lia) Eu achei bom porque nem deu mais problema nele, né?

(Rita) Eu acho[...] que é necessário, se o médico achou, eu, eu acredito, né? no que ele está fazendo, porque eu não sou médica, então eu tenho que acreditar[...].

(Cida) [...] vai ser uma ótima ajuda pra ele, pro problema dele, não tá dopando ele, porque ele não fica com sono, [...]. [...] então a necessidade do

medicamento eu achei que foi uma coisa ótima[...]. [...] a professora disse que tá ótimo[...]. [...] porque Mike melhorou cem por cento na sala de aula, o rendimento dele, então eu achei ótimo essa iniciativa de passar a medicação pra ele[...]. [...] e só ouvi a opinião dos pais, sempre dizendo: meu filho melhorou, já faz anos que ele toma nunca teve nenhuma contra indicação[...].

(Alba) [...] a gente consultou outros médicos, pedindo orientação, até médicos da família, eles disseram: “pode dar que é importante, tem que tomar”.

As falas acima demonstram não apenas concordância quanto ao uso de medicamentos, mas uma acomodação e satisfação com os efeitos imediatos, (a curto prazo), que são produzidos pela medicação, sem que se perceba nenhuma preocupação, dúvidas ou questionamentos quanto à real necessidade do medicamento nem quanto aos efeitos colaterais dessa medicação a longo prazo.

Observa-se na fala de Lisa uma satisfação quanto ao uso do medicamento. Ao dizer que a medicação é “um santo remédio”, Lisa atribui um poder divino à medicação que é reforçado pela expressão: “graças a Deus”. Ela constrói uma ideia de que a medicação é a melhor solução, indispensável para resolver as dificuldades que ela enfrenta com a filha, trazendo-lhe tranquilidade no dia a dia com a criança.

Lia considera a medicação algo muito bom, pois evita o problema do filho. Nessas falas, o remédio é apontado como a melhor escolha, uma solução insubstituível, plena de esperança, vital na solução dos problemas que essas mães enfrentam em relação a seus filhos.

Ao afirmar que “se o médico achou, eu acredito”, Rita expressa a total credibilidade que atribui ao saber médico. A palavra do médico tem o peso de uma autoridade e um poder indiscutível, seria uma insensatez não acreditar. Ao usar a expressão “eu não sou médica, então eu tenho que acreditar”, Rita confirma o lugar do saber absoluto e campo de destaque que o discurso médico tem conquistado na sociedade a partir do advento da modernidade.

Sobre esse assunto, Birman (1997) ressalta que o discurso científico adquiriu, nesse último século, autoridade e poder, cujas formulações têm valor incontestável, na medida em que substituiu o discurso filosófico e religioso pela positividade da ciência, estabelecendo novas formas de sociabilidade.

Observamos, também, na fala de Cida uma aprovação e satisfação quanto ao uso do medicamento. Para ela, o remédio proporcionou um

resultado excelente, “eu achei que foi uma coisa ótima”. A fala de Cida tem a função de criar uma imagem do medicamento como sendo a solução perfeita, única válida para resolver o problema do filho.

Cida insere em sua fala a suposta fala da professora, “a professora disse que tá ótimo [...]. [...] porque Mike melhorou cem por cento na sala de aula”, para reforçar seu argumento sobre a necessidade do medicamento. Ao usar a suposta fala da professora, segundo a qual “Mike melhorou cem por cento”, Cida torna o medicamento tão eficaz que exclui qualquer outra possibilidade de intervenção para as dificuldades que seu filho apresenta, pois o medicamento já resolve em “cem por cento” as dificuldades da criança.

Observa-se na fala da professora a reprodução de um discurso apoiado em uma concepção organicista inquestionável, excluindo qualquer outra possibilidade de intervenção pedagógica, configurando-se na extensão do discurso médico no espaço escolar (Fiori, 2005).

Atribuir as dificuldades de leitura e escrita e a inquietude de uma criança a um déficit em seu cérebro é uma maneira de não questionar a escola e seus métodos, nem as relações sócio-afetivas dessa criança. Quando uma criança não consegue se enquadrar no ritmo da turma é imediatamente encaminhada, diagnosticada, passando a fazer uso de medicamento (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2012).

Em 2012, o CFP lançou um manifesto intitulado “Não à medicalização da vida: medicalização da educação”, no qual denuncia o processo de medicalização que tem atingido a sociedade e a educação em particular, cuja lógica tem sido justificada a partir de um discurso predominantemente organicista, que tem buscado inclusive respaldo legal, ao afirmar ser um legítimo direito da família saber o diagnóstico, e um dever do Estado o pagamento das despesas com o tratamento. Acresce ainda que ao medicalizar a aprendizagem e os modos de ser e agir de um indivíduo, o processo medicalizante cumpre a função de abafar questionamentos e desconfortos originados nos espaços educacional, social e familiar, ocultando possíveis violências física e psicológica, transformando suas vítimas em doentes, portadores de distúrbio (CFP, 2012).

De acordo com Moysés e Collares (2013), nas sociedades ocidentais, os problemas de ordem humana, social e política tem se transformado em

problemas médicos de caráter biológico e individual, isentando de suas responsabilidades todas as instâncias do poder. “O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... é transformado em doença, em problema individual” (p.12). O indivíduo é o único responsável por suas dificuldades, classificadas como doença ou distúrbio, sejam no âmbito afetivo, da aprendizagem ou de um lugar socialmente digno no mercado profissional. Há sempre uma explicação médica para todos os impasses da vida.

Esse apaziguamento e aceitação quanto ao uso de medicamento a partir da sugestão médica, também se faz presente na fala de Alba. É a partir da orientação médica que a mesma decide medicar o filho, “a medicação é importante, tem que tomar”. Ter que tomar é um imperativo que o discurso médico impõe. O discurso médico é normativo, constrói a necessidade do medicamento, não deixando espaço para questionamentos ou outras sugestões. Dessa forma, os sujeitos sentem-se compelidos a acatarem a ordem dada, sob pena de se sentirem faltosos ou culpados por não seguirem o veredito.

No paradigma biomédico o relacionamento médico-paciente é autoritário, cabendo ao doente se submeter ao saber científico, único verdadeiro e eficaz no tratamento e prevenção das doenças. Não é oferecido aos pacientes outras possibilidades de tratamento, o diagnóstico é determinista e a medicação é a primeira opção diante de qualquer quadro clínico. Não importa se o sujeito tem uma narrativa, se deseja falar de suas impressões sobre o que lhe aflige, a ciência médica é surda à subjetividade, ela se assenta na universalidade de suas pesquisas (Tesser, Poli Neto & Campos, 2010).

A medicalização parte do princípio de uma uniformização e homogeneização interferindo na expressão da subjetividade, bem como, na forma como esse sujeito passará a ser reconhecido e identificado em função do uso do medicamento. Desta feita, o sujeito medicalizado é um sujeito estigmatizado por essa mesma sociedade que incentiva o consumo de fármacos para os mais diversos problemas da vida humana.

Freitas (2011) destaca três principais razões para o que ela considera uma epidemia de diagnósticos e consequente medicalização: prevalência da visão organicista por parte dos médicos; busca por soluções rápidas para o que

não se entende e não se consegue lidar, em especial por parte das escolas; sutil pressão por parte da indústria farmacêutica em favor de seus produtos.

Gonçalves (2001, p. 209), em seu texto: “ADD: crianças e jovens com déficit atencional: desatentos ou desatendidos?”, formula alguns questionamentos: a Ritalina está curando ou contendo quimicamente os jovens e crianças que estão sendo medicalizados? Quem de fato precisa ser escutado em uma sociedade, escolas e famílias que padecem de déficit atencional em relação às suas crianças? Não seria mais viável e necessário acolher e escutar essas crianças ao invés de medicá-las? Mas o que se tem observado é uma crescente epidemia de diagnósticos e uso de medicamentos para conter os excessos e impulsos daqueles que nada dizem de si mesmos.

Como esteio ao processo de medicalização, temos observado, aproximadamente a partir do ano 2000, um retorno das explicações organicistas que rotulam de distúrbios e transtornos as dificuldades de aprendizagem e os comportamentos das crianças que destoam do esperado, em especial no âmbito educacional. No entanto, o fenômeno educativo, o processo de escolarização e todas as demais dificuldades que permeiam o universo infantil não podem ser avaliados como algo individual, de responsabilidade única do sujeito-criança, “essas relações transcendem, em muito, o universo da biologia e da neurologia” (CFP, 2012, p.6).

### **3.3.2. Posicionamento reflexivo**

Foram poucos os entrevistados que demonstraram capacidade de refletir e questionar sobre a necessidade de medicalização de seus filhos. Apenas dois dos doze entrevistados expressaram dúvidas e questionamentos acerca desse processo, como se pode ver nas falas que se seguem:

(Mara) [...] ao longo da vida eu sempre evitei o máximo a medicação, porque nós sabemos que é uma faca de dois gumes,[...]. [...] Como eu disse, eu sempre fui contra, né? porque eu acredito que toda medicação tem seu lado bom e seu lado ruim,[...].

(João) passamos por alguns médicos que já queriam passar Ritalina pra eles, a gente não permitiu, porque existe um, um despreparo também, ou um despreparo ou [...] uma má intenção, né?[...]. [...]Eu sempre fui contra [...] eu sempre fui contra, né?[...].



Mara expressa ser contrária ao uso de fármacos, pois, segundo ela, “é uma faca de dois gumes” e, também, por acreditar que “toda medicação tem seu lado bom e seu lado ruim”. Mara não parece convicta de que a medicação possa surtir o efeito esperado, ademais, preocupa-se com os efeitos danosos que o medicamento pode causar. Por não fazer uso de termos técnico, a fala de Mara aproxima-se de um conhecimento do senso comum sobre os efeitos colaterais de toda medicação.

João questiona o saber médico em termos de uma capacitação profissional inadequada “porque existe um, um despreparo também” e uma possível segunda intenção “uma má intenção, né?” que não seja simplesmente diagnosticar corretamente e prescrever a medicação quando necessário. Em sua fala, João aponta para uma possível falha técnica e ética por parte de alguns médicos quanto aos diagnósticos e à prescrição de medicamentos. O discurso de João é construído de forma a atribuir uma certa responsabilidade às atitudes médicas, no sentido de um despreparo profissional e de interesses escusos.

Freitas (2011), em seu texto “Corpos que não param: criança, “TDA/H” e escola”, lembra ser uma prática comum das universidades brasileiras receberem incentivos financeiros por parte das indústrias farmacêuticas no financiamento de pesquisas no país e para os mais diversos gastos.

Essa mesma temática é tratada por Barros (1983), ao afirmar que a indústria farmacêutica tem influenciado os médicos na prescrição de seus medicamentos através de apoio financeiro às políticas de pesquisa, financiamento de jornais e revistas médicas e na busca por bons relacionamentos com os médicos.

Em outro momento da entrevista, João afirma que cedeu à orientação dada e o filho passa a ser medicado, “Dra. Suzy que é tia de minha esposa, que é[...] é neuropediatra, acompanhou durante um certo tempo e ele toma hoje o Concerta de 36 e o de 18 miligramas [...]”.

Na verdade, mesmo questionando o uso da medicação, ambos, Mara e João, relatam que os filhos sejam medicados, como se não lhes restassem outra alternativa senão se curvarem às orientações médicas quanto à importância e necessidade da terapia farmacológica. Por ter conquistado um lugar de destaque, como detentora de uma verdade absoluta, fica difícil para os

sujeitos assumirem uma posição crítica frente às determinações científicas. E, mesmo quando questionam essa verdade, findam por acomodar-se às suas prescrições.

No cenário de uma sociedade capitalista que se sustenta pela força de trabalho dos indivíduos, a criança, que representa o ideal do futuro, precisa ser produtiva para ocupar um lugar no mercado de trabalho. Em busca desse ideal social para os filhos, os pais procuram a melhor solução, mesmo que essa saída implique em medicalizá-los. Afinal, “a medicação traz junto a promessa de um filho atento e produtivo, com grandes chances de competir no mercado de trabalho” (Couto, 2014, p. 17).

### 3.4. Relatos sobre o TDAH

Para responder a um dos nossos objetivos específicos de identificar e analisar os discursos que constituem os relatos de pais e mães sobre o TDAH, elaboramos duas questões: “Como é uma criança hiperativa para você?” e “Como você define o TDAH?” A essas questões, obtivemos os seguintes relatos que eles utilizaram para conceituar o transtorno e o portador de hiperatividade.

(Entrevistadora): Como você define o TDAH?

(Sonia) - Ah, uma [...] certa dificuldade que ela, que se tem de aprendizagem, pelo fato de ser muito, se dispersar muito facilmente ah [...], por não se concentrar [...].

(Rita) - É uma criança que não para muito, né? não se concentra, não, não tem foco [...].

(Alba) - Eu defino assim, como uma pessoa que tem dificuldade no aprendizado que..., muito lento, e[...] como é que diz? só tem interesse pelo seu mundo, sabe? E[...] foge um pouco da realidade, vive um mundo irreal.

(Rose) [...] Eu, eu defino pela sigla mesmo, um transtorno de déficit, no caso do meu filho é, existe a predominância da desatenção, a gente não percebe muito claro os comportamentos de hiperatividade, seria mais a falta de atenção mesmo, um déficit na atenção.

(Mara) é [...] o fato da criança ficar agitado, falar muito, é [...], não conseguir assistir um filme, não conseguir é [...] ler uma coisa e entender [...].

(Lisa) - A hiperatividade é [...] quando uma criança, ela não tem, ela não consegue ficar fazendo uma atividade em um determinado tempo, em que a maioria das outras crianças fica [...].

(João) [...] um pouco disperso [...].

Nos discursos acima, observa-se um conjunto de termos do conhecimento do senso comum que constrói uma imagem de sujeitos dispersos, alheios à realidade, agitados e com dificuldades de aprendizagem. Especificamente nas falas de Sonia, Alba e Mara respectivamente, observa-se a construção de um sujeito com dificuldades de aprendizagem, com déficit cognitivo: “certa dificuldade [...] de aprendizagem” e “dificuldade no aprendizado”, “não conseguir [...] ler uma coisa e entender”. No entanto, a literatura científica afirma que o portador de hiperatividade não necessariamente tem problema de cognição, não se trata de pessoas sem inteligência, a dificuldade é com a atenção e a concentração que dificulta o processo de aprendizagem (Ribeiro, 2014).

A maior parte das respostas foram dadas a partir de suas vivências pessoais e a partir do que ouviram falar a respeito de uma criança com hiperatividade. Os entrevistados não demonstram ter um conhecimento mais específico fundamentado na literatura científica acerca do TDA/H, eles simplesmente reproduzem o que ouviram falar sobre o transtorno na tentativa de explicar os comportamentos diferenciados, apresentado por seus filhos. Apenas Rose tenta atribuir credibilidade à sua fala, utilizando termos do discurso científico, “eu defino pela sigla [...] um transtorno de déficit”, “[...] um déficit na atenção”. Essa ideia de déficit, de dispersão e agitação está presente nas falas dos pais como eco de um discurso que foi construído, transmitido e assimilado, sem que se perceba indícios de criticidade e reflexão, pelo menos para a maioria deles.

A definição do TDA/H é construída tanto pelo pai como pelas mães a partir de seus aspectos negativos: “se dispersar”, “não se concentrar”, “vive um mundo irreal”, “déficit na atenção”, “ficar agitado”, “disperso”. Os pais entendem que essas são características individuais, típicas de um portador de TDA/H. Esses relatos associam a hiperatividade à ideia de déficit, do que falta, do que é diferente, do que foge à regra e a normalidade.

Mara reforça a ideia da hiperatividade como sinônimo de déficit, de não ser capaz, pela repetição da expressão “[...] não conseguir [...] não conseguir”. Ao usar as expressões: “ela não tem, ela não consegue [...] em que a maioria das outras crianças fica”, Lisa associa a hiperatividade a um comportamento incapacitante e limitador em comparação com o que ela acredita ser um comportamento dentro dos padrões de normalidade, referenciado a partir do que é considerado normal (Canguilhem, 1982), que para ela é apresentado pela maioria das crianças.

Em sua fala, Alba constrói o portador de hiperatividade como uma pessoa introspectiva, ensimesmada, voltada para seus próprios interesses, “só tem interesse pelo seu mundo”. Ao dizer que o hiperativo “vive um mundo irreal”, Alba está construindo a imagem de uma pessoa estranha, diferente, que vive à margem da realidade. De modo semelhante, João constrói a imagem de um indivíduo “disperso”, distante, alheio à realidade.

Essas expressões também apontam para a falta de clareza acerca dos efeitos negativos que um diagnóstico pode imprimir à vida de uma criança. Segundo Couto (2014), o efeito de um diagnóstico pode se colocar no lugar de uma insuficiência permanente, podendo se alastrar por toda a sua trajetória de vida, como um veredito insuperável, levando o indivíduo a uma identificação com o transtorno. Quanto ao TDA/H, esta autora afirma ser impossível negá-lo enquanto construção social, apesar de alguns estudos defenderem seu status de transtorno real do neurodesenvolvimento, tendo em vista estar presente nos consultórios médicos, psicológicos, nas mídias e nas escolas.

A disseminação de um discurso precisa da apropriação de tal discurso por outros grupos. Como afirma Foucault (1975), cada cultura estabelece seu corpus do que ela considera doença, reconhecendo-a como tal. É nesse reconhecimento cultural da doença que se instaura o valor e o domínio do discurso médico, cujas instituições passam a reproduzi-lo.

Discorrendo sobre o percurso histórico do TDA/H, Caliman (2009), o referencia à era (últimas décadas do século XX), da constituição de um sujeito cerebral, parte de um processo de biologização da atenção, da identidade e da vida que tem extrapolado o seu conceito diagnóstico. Nesse cenário, a relação estabelecida entre a criança dita “hiperativa”, a família, a sociedade e a escola se sustenta pela própria descrição do transtorno.

Sobre o fenômeno da hiperatividade, Costa (2006, p.7), apresenta um quadro bastante ilustrativo acerca de como o fenômeno tem se apresentado no cenário brasileiro, a partir da criação de uma nova identidade instituída por narrativas que falam de crianças agitadas e dispersivas – “o hiperativo”. Não são poucos os campos de conhecimento que tem se empenhado em descrever e falar sobre o referido transtorno. Sobre o assunto, a autora acrescenta que,

[...] não são apenas escritos científicos e acadêmicos que lidam com isso; peças publicitárias, matérias jornalísticas, programas de rádio, novelas de televisão, etc., integram o conjunto de instâncias por onde circulam versões destas narrativas identitárias. E já se pode encontrar no jornal de domingo um testezinho de algibeira para que cada pessoa avalie seu grau de desvio da normalidade, e procure corrigir sua trajetória, regulando sua conduta para adequá-la à norma (Costa, 2006, p.7).

Nesse sentido, observa-se certa banalização do fenômeno, que tem ocupado os mais diversos espaços do cotidiano, considerando o excesso de diagnósticos e os investimentos científicos para tentar dar conta do transtorno. No entanto, para Costa (2006, p.7), “o principal objetivo de tanto investimento é administrar a conduta do hiperativo”, correlativo às práticas de governabilidade a que se refere Foucault (1979), cuja finalidade é o controle das condutas. Sendo assim, o TDA/H tem sido um dos mais estudados e pesquisado dentre os transtornos psíquicos. Ainda segundo Costa (2006, p.7), nesse discurso sobre o TDAH “o hiperativo é uma criança acometida de uma patologia que prejudica a socialização e, por conseguinte, o projeto civilizatório”.

Como já citado, o TDA/H tem sido um dos transtornos da infância que responde pelo maior número de encaminhamentos de crianças para especialistas da área de saúde mental. Alguns autores o consideram como sendo o transtorno que nomeia as crianças com dificuldades de comportamento e de aprendizagem na contemporaneidade.

O transtorno de hiperatividade tem invadido as escolas em um processo rápido e intenso, rotulando crianças que não conseguem se concentrar, que apresentam dificuldades em manterem-se quietas e seguirem as regras

estabelecidas. Devido à intensidade com que esse diagnóstico tem chegado às escolas, Freitas (2011, p.26) o tem considerado uma epidemia<sup>4</sup>.

Seguindo essa mesma perspectiva, Eidt e Tuleski (2010), chamam a atenção para o fato de que diante do excessivo número de diagnósticos de TDAH, em especial nas três últimas décadas, qualquer criança que apresente um comportamento mais impulsivo ou que tenha alguma dificuldade de atenção pode ser rapidamente classificada como hiperativa. As autoras ainda destacam que por trás dessas “dificuldades” apresentadas por algumas dessas crianças pode haver quadros de sofrimento em decorrência de violência doméstica, divórcios, mudanças bruscas ou abusos, e que, ao invés de estarem sendo interpretadas, analisadas e cuidadas estão sendo mascaradas pelo uso do medicamento.

Apesar de bastante discutido por profissionais da área de saúde e ser bastante divulgado pelas mídias sociais, o TDA/H parece ser pouco conhecido por alguns profissionais da área da educação, fato que tem gerado confusões quanto à natureza, as causas, a sintomatologia e, principalmente sobre o que fazer e como lidar com a criança considerada hiperativa. Tal desconhecimento pode ocasionar um tratamento inapropriado e discriminatório em relação à criança, resultando no seu afastamento da escola, dificultando ainda mais sua relação com a aprendizagem (Silva, Santos e Oliveira Filho, 2015).

Freitas (2011, p.58-60), apresenta uma ideia de atenção não no sentido da distração, da negação ou déficit, mas como uma capacidade que se constrói na relação com o outro, para além dos elementos biológicos que constituem esse processo. Nesse sentido, a atenção não se reduz ao ato de se concentrar em uma tarefa, mas na possibilidade de “vaguear” atento a outros pensamentos internos, criativos ou mesmo por algo externo. Atenção nesses termos é movimento e não atos de repetição. A autora ainda acrescenta que “a capacidade atencional não pode ser ensinada, mas pode ser mediada”. Isso tem implicação direta sobre o fazer do professor, pois se não é possível ensinar a se concentrar (manter a atenção), é possível propiciar um espaço que

---

<sup>4</sup> Uma epidemia se expressa quando uma doença se desenvolve de forma rápida, fazendo muitas “vítimas” ou, pelo uso generalizado de alguma coisa ou palavra (FREITAS, 2011, p.26).

favoreça “um querer aprender, aprender a aprender e uma necessidade que se traduza em desejo de aprender” (p.60).

#### **4. Considerações Finais**

Concluindo este trabalho de pesquisa, cujo objetivo foi identificar e analisar o significado TDA/H em relatos de pais e mães de filhos que receberam esse diagnóstico, gostaríamos de fazer algumas reflexões sobre as ações discursivas dos entrevistados, bem como, sobre a possibilidade de um novo projeto de pesquisa com o mesmo tema, aplicado a outros indivíduos ou grupos específicos como médicos, psicólogos ou estudiosos do assunto.

Iniciaremos nossa reflexão retomando os motivos alegados pelos pais para procurar especialistas da área de saúde para seus filhos. Nos relatos em que mencionam esses motivos, a escola apareceu como principal agente encaminhador de crianças suspeitas de déficit cognitivo e transtorno de comportamento.

Esses relatos constroem uma escola que continua presa a pressupostos médicos, sem conseguir delimitar seu campo de atuação para assim poder apropriar-se de seus saberes e responsabilidades e neles habitar de forma que possa construir outras relações com seus aprendizes e com outras áreas do conhecimento, não numa posição de subserviência com essas áreas, mas numa relação de complementariedade de forma que favoreça o diálogo e a investigação entre os diversos saberes.

Quanto às solicitações feitas aos pais pela escola, observamos que houve uma disponibilidade e prontidão por parte dos mesmos em atender à demanda escolar. Preocupados em solucionar as dificuldades apontadas em relação a seus filhos, os pais procuram um profissional, em geral, um médico neurologista ou psiquiatra que lhes fornece um diagnóstico e, na maioria das vezes uma receita que, naquele momento, representa para eles a solução para o problema.

É nesse contexto de demandas, incertezas e angústias que o diagnóstico vem representar alívio e apaziguamento para a ansiedade de pais e professores, gerada na expectativa de resolução do problema, sem que se perceba por parte desses interessados (pais e professores), preocupação em

saber se esse diagnóstico, enquanto mera classificação poderá ajudar a criança a superar suas dificuldades e angústias. Sobre esse aspecto, observamos que, para a maioria das mães que foram entrevistadas, o diagnóstico propiciou uma outra compreensão sobre as dificuldades da criança, na medida em que atribuiu uma causa orgânica para os comportamentos considerados estranhos e “anormais”, modificando a maneira como elas se relacionavam com seus filhos, antes considerados desobedientes, preguiçosos e trabalhosos, pois passaram a enxergá-los como portadores de uma disfunção cerebral, submetendo-se às classificações, prescrições e orientações médicas.

Ainda sobre o posicionamento dos pais em relação aos diagnósticos atribuído a seus filhos, ficou evidente uma ausência de questionamentos na produção discursiva dos mesmos, sobre a possibilidade de um equívoco por parte do médico ou a uma possível causa vinculada a outros fatores como dificuldades nas relações familiares. Ao contrário, suas falas atribuíram ao discurso científico uma autoridade e um valor incontestáveis por considerarem esse discurso portador de uma verdade absoluta.

Verificou-se, também, que o simples ato de nomeação dada pelo diagnóstico foi suficiente para satisfazer e redirecionar as inquietações da maioria das mães. Não houve, por parte da maioria delas, busca por maiores esclarecimentos sobre o comportamento de um hiperativo de acordo com a literatura especializada. Ou seja, não se verificou a preocupação em investigar o significado do TDA/H na vida dessas crianças. Mesmo para aquelas que relataram ter procurado informações na mídia ou em conversas com outras mães, prevaleceu a crença no diagnóstico fornecido pelo médico.

Quanto ao uso de medicamentos, também foram poucos os pais que questionaram e demonstraram insatisfação e preocupação quanto ao uso contínuo de drogas psicotrópicas, bem como sobre a real necessidade da administração desses fármacos. A maioria foi categórica em afirmar a satisfação em relação ao uso da medicação. Para esses, o remédio representa uma excelente solução para as dificuldades de seus filhos.

Fica evidente pela análise aqui apresentada, o valor e o poder que o discurso técnico-científico detém nas sociedades ocidentais, em particular em nossa realidade brasileira. A construção desses discursos deixa explícita a posição de subserviência de parte da população frente ao conhecimento



médico. Isso tem implicações diretas no cotidiano de cada um de nós na medida em que reforça a hegemonia de um determinado saber em detrimento de outros.

Nesse sentido, os excessos de diagnósticos ou diagnósticos aligeirados que tem rotulado crianças de portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ajudam a perpetuar uma condição de discriminação e segregação, mantendo a separação entre os considerados “normais” e os “anormais”, estimulando a exclusão e o preconceito em relação àqueles que carregam a marca da diferença.

Quanto à escola, sabemos que o sistema educacional é homogeneizador, não há nele espaço para incluir e acolher a diferença dos que se distanciam de suas normas como o inquieto, o desatento ou os que se negam se submeterem às suas regras e seus padrões estabelecidos. E quanto ao professor, o diagnóstico pode servir de justificativa para uma acomodação e inoperância por parte do mesmo.

Refletindo sobre as implicações sociais mais amplas acerca do tema aqui abordado, nos reportamos ao conceito de estigma tal como trabalhado por Goffman (2004), pois na medida em que se marca uma diferença, desqualifica-se o sujeito e se reforça a discriminação. O sujeito estigmatizado, marcado por um traço que o diferencia dos demais, pode desenvolver uma baixa auto-estima, sentir vergonha por sua condição frente aos colegas (especialmente quando se trata de sujeitos crianças e adolescentes), dificultando suas relações afetivas. Esse traço diagnóstico que lhe é imputado e ao qual deverá responder, seja o rótulo de “hiperativo” ou outra nomenclatura qualquer, poderá afastá-lo dos outros e de si mesmo, pois precisará assumir uma nova identidade social, fazendo-o refugiar-se em construções defensivas, como o isolamento.

A sociedade ocidental, tal como a conhecemos atualmente, cria regras e seleciona os indivíduos de acordo com o que considera normal e natural. Um indivíduo que se diferencia dos padrões estabelecidos sente-se marginalizado e desvalorizado, tende a desenvolver uma auto-imagem negativa, pois carrega o peso da desigualdade. Em geral, suas potencialidades são ocultadas, reforçando-se a rejeição e a exclusão.

Feita essas considerações, acreditamos ter alcançado o objetivo deste trabalho de pesquisa, tendo em vista a constatação de uma aceitação passiva por parte da maioria dos entrevistados quanto ao diagnóstico de TDA/H atribuído a seus filhos, bem como uma ausência de reflexão no que se refere às implicações de um diagnóstico na vida de uma criança e às possíveis sequelas, em longo prazo, como resultado do uso prolongado de medicamentos psicotrópicos que se inicia em uma idade muito precoce.

Ressaltamos a partir de nossa reflexão, que não estamos ignorando a realidade e a legitimidade do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, tampouco, desacreditando da eficácia dos medicamentos para os casos que se fazem necessários, o que seria uma ingenuidade. Como já citado em nosso objetivo principal, apenas analisar o discurso de pais e mães sobre o significado do diagnóstico em relação a seus filhos.

Certamente que o assunto não se esgota aqui, o mesmo tema poderá ser trabalhado de outras perspectivas e com outros sujeitos. Contudo, quiçá possa contribuir para novas reflexões e outros posicionamentos sobre os excessos de diagnósticos, e conseqüente processo de medicalização que deu origem ao fenômeno que se convencionou chamar de “medicalização da vida”.

## 5. Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2013). *Alerta terapêutico em farmacovigilância – Núcleo de farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*. Brasil. Recuperado de [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/ALERTA%20TERAP%20C3%8AUTICO%2010%20Metilfenidato\\_010813\\_final.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/ALERTA%20TERAP%20C3%8AUTICO%2010%20Metilfenidato_010813_final.pdf)
- American Psychiatric Association (APA) (2014) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Argollo, N. (2003) *Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: aspectos neuropsicológicos*. *Psicologia Escolar e Educacional*. v. 7, n. 2, p.197-201.
- Ariès P. (1981) *História Social da Criança e da Família*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Arnold, D. K. (2006) *Dificuldades de Aprendizagem: o estado de corrigibilidade na escola para todos*. São Leopoldo/RS: UNISINOS. Recuperado de: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/1882>.
- Barbarini, T. A. (2014) *Sob a Tutela do biopoder: crianças com TDAH*. *Estudos Sociológicos*. Araraquara, v.19, n. 36, pp. 221-238. Recuperado de: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/5201>.
- Barkley, R. A. (1997) *Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHA*. *Psychological Bulletin*, v.121, n.1, pp. 65-94.
- Barkley, R. A. (2002) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A. (2008) *Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade: Manual para diagnóstico e tratamento* (3a ed.) Porto Alegre, artmed.
- Barkley, R. A. (2015) *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis & treatment*. Fourth edition. The Guilford Press. London.
- Barros, J. A. C. (1983) *Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.17, n.5. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?arttext&pid=S0034-89101983000500003>.
- Benczik, E. B. P. (2000) *Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Benczik, E. B. P. & Casella, E. B. (2015) *Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção*. Rev. Psicopedagogia, vol.32, n.97. São Paulo. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=arttext&pidS0103-84862015000100010>.
- Benedetti, I, & Cunha, S.U. (2008) *Escola, Ética e Cultura Contemporânea: reflexões sobre a constituição do sujeito que “não aprende”*. Psicologia da Educação, n. 27, pp. 141-155.
- Birman, J. A. (1997) *Clínica, entre o saber e o poder*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 07, n. 01.
- Birman, J. A. (1999) *Mal-estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012) *A evolução da família*. Página Web do Instituto CPFL-Cultura. Recuperado de <http://www.cpflcultura.com.br/2012/08/17/a-evolucao-da-familia-joel-birman>.
- Blachno, M., Szamanska, A. & Pisula, A. (2006) *Parental corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity syndrome*. Psychiatr. Pol., jan/fev; 40,(1), pp. 43-55.
- Bonadio, R. A. A. & Mori; N. N. R. (2013) *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: diagnóstico e prática pedagógica*. Maringá-PR: Eduem, p.251, Recuperado de <http://static.scielo.org/scielobooks/963vf/pdf/bonadio-9788576286578.pdf>
- Brzozowski, F.S. & Caponi, S. (2009) *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: Classificação e Classificados*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.4, pp.1165-1187. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>.
- Calazans, R. & Lustoza, R. Z. (2008) *A medicalização do psiquismo: os conceitos de vida e saúde*. Arquivos brasileiros de psicologia. V. 60, n.1, Recuperado de <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/140/150>
- Caliman, L. V. (2009) *A constituição sócio-médica do fato TDAH*. Psicologia & Sociedade, 21(1), pp.135-144. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=arttext&pid=S0102-71822009000100016>.
- Campbell, S. B. (1995) *Behavior Problems in Preschool Children: a Review of Recent Research*. Journal Child Psychology and Psychiatry. v.36. n. 1, pp.113-149.
- Canesqui, A.M. (2015) *A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica*. Ciência e Saúde Coletiva, v, 20, n. 6, Rio de Janeiro, Recuperado de

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601961](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601961)

- Canguilhem, G. (1982). *O Normal e o Patológico*. 2ª edição, Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Chazan, R. (2010) *Papel de fatores ambientais adversos, funcionamento familiar e psicopatologia parental na resposta ao tratamento com metilfenidato em crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (Dissertação de mestrado). UFRGS, Porto Alegre, Brasil. Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/27753>.
- Clarke, A. et al. (2003) *Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine*. *American Sociological Review*, v.68, n.2, pp.161-194. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1519765> Acesso em: 03/05/2016.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2012) *Fórum “Não à Medicalização da Vida: medicalização da Educação”*. Recuperado de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf).
- Conselho Regional de Psicologia - CRP-SP (2010). *I Seminário Internacional “A educação medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”*. Recuperado de: [http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/resumo\\_medicalizacao/resumo\\_medicalizacao.html](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/resumo_medicalizacao/resumo_medicalizacao.html).
- Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Recuperado de: <http://www.easewellbeing.co.uk/downloads/Peter-Conrad-The-Medicalization-of-Society.pdf>.
- Costa, M. V. (2006). *Um novo personagem nas salas de aula – O hiperativo*. In: *Jornal a Página da Educação*. Portugal, n. 160, p. 07. Recuperado de: <http://www.apagina.pt/?aba=7&cat=160&doc=11824&mid=2>.
- Couto, D. P. (2014). *O sujeito-criança: a constituição subjetiva graças aos pais e apesar deles*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São João del-Rei. Recuperado em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/ppgpsi/Publicacoes/Dissertacoes/DANIELAPAULADOCOUTO.pdf>.
- Davies, B. & Harré, R. (1990) *Positioning: the discursive production of selves*. *Journal for the Theory of Social Behavior*, v.20, n. 01.
- De Luca, M. A. S. (2009) *A indisciplina da criança em casa e o TDAH: uma identificação de indícios por parte da família*. IX Congresso Nacional de Educação (EDUCERE). III Encontro Sul brasileiro de psicopedagogia, PUC-PR. Recuperado em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/2009/anais/pdf/3085\\_2061.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/2009/anais/pdf/3085_2061.pdf).

- Eidt, N.M. & Tuleski, S.C. (2010) *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e Psicologia histórico-cultural*. Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 139, pp.121-146, jan./abr. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a07.pdf>.
- Faria Filho, L.M. (2004) *A infância e sua educação – materiais, práticas e representações*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Ferreira, A.R. (2013) *Os riscos da medicalização do ensino*. Revista Nova Escola. Ano XXVIII, 263, pp.18-20.
- Fiore, M. A. (2005) *Medicalização do corpo na infância - Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Mnemosine. n.1,v.1, pp.364-380.
- Foucault, M. (1975) *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro. Recuperado de: <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-doenc3a7a-mental-e-psicologia.pdf>.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro. Graal. (1a ed.), pp.79-98.
- Foucault, M. (1996) *A ordem do Discurso*. São Paulo: edições Loyola.
- Foucault, M. (1999) *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2001) *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2002) *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Ed.
- Foucault, M. (2006) *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, pp. 255-283.
- Foucault, M. (2010) *Em defesa da sociedade*. (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes, pp.201-230.
- Freitas, C. R. (2011) *Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola*. Dissertação (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Recuperado em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/32310>.
- Freud, S, (2006) *Obras Completas*. O Mal-Estar na Civilização. Rio de Janeiro: Imago, Vol. XXI.
- Gill, R. (2002) *Análise de Discurso*. In: Bauer, M.W. & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, pp.244-269.
- Glat, R. (2003) *Convivendo com filhos especiais: o olhar paterno*. Rio de Janeiro: Viveiros de Castro.

- Goffman, E. (2004) *Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Recuperado de: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/92113/resource/content/1/Goffman\\_Estigma.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/92113/resource/content/1/Goffman_Estigma.pdf).
- Gonçalves, J. (2001) *ADD: crianças e jovens com “deficit atencional”: desatentos ou desatendidos?* In: Fernández, A. Os idiomas do aprender. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guilherme, P. R., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., & Regalla, M. A. (2007) *Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática*. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. v.56, n. 3, Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a08v56n3.pdf>.
- Harknett, T. & Buttlar, N. (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical Psychology Review*, n. 27, pp. 188-210.
- Illich, I. (1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. (3a ed.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jorgensen, M. & Phillips, L. (2002) *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: Sage Publications.
- Kamers, M. (2013) *A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança*. *Revista Estilos Clínica*. São Paulo, v. 18, n. 1. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282013000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010)
- Lajonquière, L. (2010) *Figuras do Infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Landskron, L. M. F. & Sperb, T.M. (2008) *Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo*. *Psicologia Escolar e Educacional*, v.12(1), pp.153-167.
- Laville, C., Dionne, J. (1999) *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Legnani, V. N. & Almeida, S. F. C. (2008) *A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60(1), pp. 02-13.
- Leonardo, N. S. T. & Suzuki, M. A. (2016) *Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores*. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 28, n. 1, pp. 46-51. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0046.pdf>.

- Lima, R. C. (2005) *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume. Dumará. Recuperado de <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome=somos+todos+desatentos+pdf>
- Luengo, F. C. & Constantino, E. P. (2009) *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. Revista de Psicologia da Unesp, 8(2), pp.122-126.
- Luft, S. (2007). *Representações sociais das professoras de alunos identificados como hiperativos incluídos no sistema regular de ensino de Santa Maria/RS*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, pp. 01-81. Recuperado em: [http://www.portalanpedsul.com.br/2010/Educacao\\_Especial/Trabalho/representacoes\\_sociais\\_e\\_hiperatividade\\_resultados\\_de\\_uma\\_pesquisa\\_com\\_professoras.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/2010/Educacao_Especial/Trabalho/representacoes_sociais_e_hiperatividade_resultados_de_uma_pesquisa_com_professoras.pdf)
- Luz, M. T. (1997) *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social – UERJ. Rio de Janeiro, Recuperado de [http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/glossario/verb\\_c\\_medicalizacao.htm](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm).
- Maheirie, K. (2002) *Constituição do sujeito, subjetividade e identidade*. Rev. Interações, v. 7, n. 13, pp. 31-44. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v7n13/v7n13a03.pdf>.
- Martins, L. A. M. & Peixoto Junior, C. A. (2009) *Genealogia do biopoder*. Psicologia & Sociedade; 21 (2), p.157-165.
- Mesquita, R.C. (2009). *A implicação do educador diante do TDAH: Repetição do Discurso Médico ou Construção Educacional?*, Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-826PZP>
- Missawa, D.D.A. & Rosseti, C.B. (2014) *Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento*. Rev. Construção Psicopedagógica v. 22, n. 23, São Paulo. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci-69542014000100007>.
- Moynihan, R. & Cassels, A. *Os vendedores de doenças: as estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros*. Recuperado de <http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=1842>
- Moysés, M. A. A & Collares, C. A. L. (2013) *Controle e Medicalização da Infância*. In: Desidades, Rev. Elet. Divulgação Científica da Infância e Juventude. N. 1, ano 1.
- Murguia, E.I. (2014) *Os Agenciamentos da ciência da informação com a biblioteconomia e arquivologia no Brasil*. Ribeirão Preto, v.5, n.1. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/64335/82237>.



- National Institutes of Health – NIH. (1998) *Diagnosis and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD)*. NIH - Consensus Statement, v. 16. n.2, pp.1-37.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1946) *Carta da Organização Mundial de Saúde*, Recuperado de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php>
- Ortega, F. et al., (2010) *A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 14, n.34, pp. 499-510.
- Patto, M. H. S. (1999) *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pelizzoli, M. L. *A bioética como novo paradigma: Crítica ao Cartesianismo*. Recuperado de <http://docslide.com.br/documents/a-bioetica-como-novo-paradigma.html>
- Pires, T. O., Silva, C.M.F.P. & Assis, S. G. (2012) *Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Revista Saúde Pública. V. 46, n. 4, p. 624-632.
- Pliszka, S. R. (2004) *Neurociência para o clínico de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Polanczyk, G. V. (2008) *Estudo da prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina - UFRGS, Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12635>
- Postmann, N. (1999) *O desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro: Graphia editorial.
- Potter, J. (1996) *Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background*. In: Richardson, J. (Org.). *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester: BPS Books, Recuperado de <https://dspace.lboro.ac.uk/dspacejpu/bitstream/2134/9487/7/Richardson%20Handbook%20Chapter.pdf>.
- Potter, J. (1998) *La representación de la realidad: discurso retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Potter, J. (2004) *Discourse Analysis*. In: Hardy, M., Bryman, A. (Eds.). *Handbook of Data Analysis* (p. 607-624). Londres, Sage Publications.
- Potter, J. & Edwards, D. (2001) *Discursive Social Psychology*. In: Robinson W.; Giles, H. (Eds). *The new handbook of language and Social Psychology*. Londres: John Wiley & Sons, Recuperado de <http://anthropostudio.com/wp->

content/uploads/2015/04/Potter-Edwards.-Discursive-Social-Psychology..pdf

- Potter, J. & Wetherell, M. (1987) *Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior*. Londres: Sage Publications.
- Rasera, E.F. (2013) *A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde*. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, pp. 815-834.
- Ribeiro, V. M. (2014) *O TDAH na Família e na Sociedade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rohde, L.A. et al. (2000) *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol. 22 n. 2. São Paulo, Dec. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?arttext&pid=S1516-44462000000600003>.
- Rohde, L.A. et al. (2003) *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre/RS: Artmed.
- Rohde, L.A. & Halpern, R. (2004) *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização*. Jornal Pediátrico. Rio de Janeiro, vol.80 no.2.
- Rydel, A, M. (2010) *Family and children's disruptive behavior: na investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19412562>.
- Santos, G. A. & Monteiro, F.P.T. (2016). *Ensaio sobre a educação: a patologização do cotidiano escolar*. In: E. S. de Oliveira Ramos, M.F. Casa Nova & P.A. Oliveira (Orgs), *Família: um Convite à reflexão*. Recife: Libertas.
- Sarmiento, M. & Gouvea, M.C.S. (2008) *Estudos da Infância: educação e práticas sociais*. Petrópolis- RJ: Vozes.
- Silva, R. C. (1994) *O fracasso escolar: a quem atribuir?* Paidéia (Ribeirão Preto), n. 07. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?\\_arttext&pid=S0103-863X1994000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?_arttext&pid=S0103-863X1994000200004).
- Silva, A. B. B. (2003) *Mentes Inquietas - Entendendo melhor o mundo das pessoas Distraídas, Impulsivas e Hiperativas*. São Paulo: Editora Gente.
- Silva, S. P., Santos, C. P. & Oliveira Filho, P. (2015) *Os significados do TDAH em discursos de docentes dos anos iniciais*. Pro-Posições, v. 26, n. 2, pp. 205-221.
- Tesser, C. D., Poli Neto, P. & Campos, G. W. S. (2010) *Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol.15 supl.3, Rio de

Janeiro. Recuperado de  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036).

Vasconcelos, M. M., et al. (2005) *Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Arquivo de Neuro-Psiquiatr. V.63, n.1, pp.68-74, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23601>

Venancio, S., Paiva, R. & Toma, T.S. (2013) *Uso do metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) em crianças e adolescentes*. Parecer Técnico-científico. São Paulo: Instituto de Saúde.

Vitolo, Y. L.C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R. & Bordin, I. A. S. (2005) *Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares*. Revista de Saúde Pública, vol.39 n.5, São Paulo, Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500004>

Werner, Jr, J. (1997) *Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, Saúde Mental) – Unicamp, Campinas.

Wetherell, M. (1998) *Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue*. *Discourse and Society*, 9(3), pp.387-412.

Wetherell, M. & Potter, J. (1996) *El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos*. In: Gordo, A., Linaza, J. L. (Eds). *Psicologías, discursos y poder*. Madri: Visor, Recuperado de: <http://www.academia.edu/2601270>.

## Apêndice - Roteiro para Entrevista

1. Seu filho(a) foi diagnosticado com TDAH?
2. Quando seu filho(a) recebeu esse diagnóstico?
3. Quem deu o diagnóstico?
4. Como você define o TDAH?
5. Por que decidiu procurar um especialista médico ou psicólogo para levar seu filho(a)?
6. Como foi para você receber esse diagnóstico acerca de seu filho(a)?
7. Como é ter um filho(a) diagnosticado com TDAH?
8. Ouve mudanças significativas no relacionamento familiar após o diagnóstico?
9. Já conversou com outras pessoas ou pesquisou sobre o assunto?
10. Seu filho(a) está sendo medicado?
11. O que você pensa sobre a necessidade de medicação?
12. Você teria outra sugestão para as dificuldades que seu filho(a) tem apresentado?
13. Como é ser um hiperativo para você?