

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
BACHAREL EM PSICOLOGIA

GABRIELA DE SERGIO FARIA

**SER TDA/H:
CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS DE BIOIDENTIDADES E O DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Volta Redonda
2016

GABRIELA DE SERGIO FARIA

**SER TDA/H:
CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS DE BIOIDENTIDADES E O DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação em
Psicologia, como requisito parcial para
conclusão de curso.

Orientador:
Prof. Dr. Camilo Venturi

Volta Redonda
2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca do Aterrado de Volta Redonda da UFF

F224 Faria, Gabriela de Sergio

Ser TDA/H: construções contemporâneas de bioidentidades e o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade / Gabriela de Sergio Faria. – 2016.

63 f.

Orientador: Camilo Barbosa Venturi

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2016.

1. Transtorno do deficit de atenção com hiperatividade. 2. Diagnóstico. I. Universidade Federal Fluminense. II. Venturi, Camilo Barbosa, orientador. IV. Título.

CDD 153.1532

GABRIELA DE SERGIO FARIA

**SER TDA/H:
CONSTRUÇÕES CONTEMPORÂNEAS DE BIOIDENTIDADES E O DIAGNÓSTICO DO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação em
Psicologia, como requisito parcial para
conclusão do curso.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Camilo Barbosa Venturi (Orientador) – UFF.

Prof. Dr. Gustavo Cruz Ferraz – UFF.

Prof.^a Dr.^a Nancy Lamenza Sholl da Silva – UFF.

Volta Redonda
2016

Dedico este trabalho a minha mãe, Lucia Mares, por não medir esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante.

AGRADECIMENTOS

A esta universidade e todo seu corpo docente, que realizam seu trabalho com tanto amor e dedicação, trabalhando incansavelmente para que nós, alunos, possamos contar com um ensino de extrema qualidade. Ao meu orientador Camilo Venturi, pelo suporte no tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a minha família, pelo amor, carinho, paciência e seus ensinamentos. Especialmente a minha irmã Júlia que me ajudou a traduzir importantes textos para esse projeto, e ao meu primo Marcos Roberto que por sua paciência e auxílio tornaram esse trabalho possível.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

E é em termos exatamente dessas categorias que as ciências humanas ousam nos descrever.
Elas trazem à vida novas categorias que, em parte, trazem à vida novos tipos de pessoas.
Refazemos o mundo, mas fazemos pessoas.

Ian Hacking

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo a análise do processo de construção de bioidentidades a partir do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDA/H). Deste modo, avaliou-se como a confirmação diagnóstica pode operar como uma classificação capaz de afetar o comportamento e a autodescrição identitária de indivíduos. Este projeto foi motivado devido à grande relevância do tema na atualidade. Essa categoria clínica é considerada como a principal causadora de encaminhamento de crianças a centros especializados de neurologia e saúde mental, e por isso vem se tornando um tema amplamente debatido no campo da saúde mental, no campo educacional e entre o público leigo. A análise de cunho teórico foi produzida a partir de um estudo bibliográfico sobre o TDA/H, e o exame das particularidades bioidentitárias do transtorno foram obtidas através de depoimentos e relatos clínicos amplamente divulgados na literatura especializada e na internet. Com as declarações encontradas pôde-se observar que após o diagnóstico modificações ou produções de certos comportamentos começaram a ocorrer, além de todo um novo olhar sobre si mesmo, e do seu caráter, numa resignificação de diversas ações ou atitudes agora sob o signo do transtorno. Nota-se ainda que o TDA/H acaba por produzir uma desestigmatização e desresponsabilização por ser considerado como um transtorno neurodesenvolvimental, promovendo um distanciamento das questões morais no comportamento do indivíduo.

Palavras chave: TDA/H, Bioidentidade, Efeito de Arco, Diagnóstico.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the bio-identities construction process of the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Thus it was evaluated how a diagnostic can affect the behavior and identity of individual's self-description. This project was motivated because of the great importance of this topic today. This category is considered as the main source of referral of children to specialized centers of neurology and mental health, and so it has become a theme extensively debated in the mental health field, in the educational field and for the general public. The theoretical analysis was produced from a bibliographic survey on the ADHD, and the examination of bio-identity characteristics were obtained through testimonials and clinical reports widely reported in the literature and on the Internet. With the statements found in the specialized literature and on the Internet, it can be seen that after diagnosis, modification or production of certain behaviors began to occur, and a whole new look about oneself and one's character, a reinterpretation of several actions or attitudes now under the sign of the disorder. The ADHD produces an unbranded and unaccountability by considering as a neurodevelopmental disorder, promoting a detachment of moral issues in individual behavior.

Keywords: ADHD, Bio-identity, Looping Effect, Diagnosis.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Aumento da produção mundial de metilfenidato 1996 e 2014. | 23 |
| Gráfico 2: Quantidade de metilfenidato comercializado no Brasil entre os anos 2003 e 2012. | 24 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| ABDA | Associação Brasileira do Déficit de Atenção |
| ABP | Associação Brasileira de Psiquiatria |
| AEDDA | Associação dos Estudos do Distúrbio do Déficit de Atenção |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APA | Associação Americana de Psiquiatria [<i>American Psychiatric Association</i>] |
| API | Associação de Pais Inspirare |
| CID | Código Internacional de Doenças |
| DCM | Disfunção Cerebral Mínima |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>] |
| GEDA | Grupo de Estudo do Déficit de Atenção |
| INCB | Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes [<i>International Narcotics Control Board</i>] |
| IPUB-UFRJ | Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| MTA | <i>Multimodal Treatment Study</i> |
| ChIPS | <i>Children's Interview for Psychiatric Syndromes</i> |
| REMEME | Relação de Medicamentos Essenciais e Excepcionais |
| S-DDD | Doses Diárias Definidas com Propósitos Estatísticos [<i>Defined Daily Doses For Statistical Purposes</i>] |
| TC | Transtorno da Conduta |
| TDA/H | Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade |
| TOD | Transtorno de Oposição Desafiante |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 12 |
| 1. Capítulo 1: Abordagem Médica Do TDA/H..... | 17 |
| 1.1. Quadro Clínico..... | 17 |
| 1.2. Etiologia..... | 19 |
| 1.3. Tratamento..... | 20 |
| 1.4. Prevalência..... | 21 |
| 1.5. Medicação E O Caso Brasileiro..... | 22 |
| 1.6. Comorbidade..... | 25 |
| 2. Capítulo 2: História Da Categoria Diagnóstica TDA/H..... | 28 |
| 2.1. Primeiras Descrições: Da Moral À Pediatria..... | 29 |
| 2.2. A Encefalite Como Modelo Etiológico..... | 30 |
| 2.3. A Disfunção Cerebral Mínima..... | 31 |
| 2.4. Da Hiperatividade À Desatenção..... | 32 |
| 2.5. DSM-III: A Consolidação Do TDA/H Como Categoria Clínica..... | 33 |
| 3. Capítulo 3: Fundamentação Teórica: A Biossociabilidade Do Tipo TDA/H..... | 35 |
| 3.1. O Efeito De Arco..... | 35 |
| 3.2. Biossociabilidade..... | 38 |
| 4. Capítulo 4: Como É Ser Um TDA/H? Relatos Em Primeira Pessoa..... | 42 |
| 4.1. Crianças TDA/H: Relação Familiar..... | 43 |
| 4.2. Crianças TDA/H E O Desempenho Escolar..... | 47 |
| 4.3. A Importância Do Nomear: Desresponsabilização E/Ou Desestigmatização..... | 50 |
| 4.4. Visibilidade Midiática..... | 53 |
| 4.5. Bioativismo..... | 56 |
| Conclusão..... | 59 |
| Referências Bibliográficas..... | 61 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo pesquisar o modo como o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade¹ (mais conhecido pela sigla TDA/H e principal diagnóstico psicopatológico da infância) fornece uma narrativa médica, que interage com os sujeitos diagnosticados, de forma a permitir que esses sujeitos construam sua identidade pessoal, incorporando traços, marcas e discursos propostos por um saber científico, técnico, de especialistas. Portanto, nossa hipótese, em acordo com a orientação do filósofo da ciência Ian Hacking, é que o ato de diagnosticar, como todo ato classificatório dirigido a seres humanos, não é uma mera ação de nomeação, mas algo com o poder performativo de modificar os elementos classificados. Sendo assim, pretende-se discutir como o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade pode funcionar como uma classificação interativa e, assim, afetar o comportamento e a autodescrição identitária das pessoas diagnosticadas, tal como uma narrativa cultural. Essa hipótese se baseia nos conceitos de “efeito de arco” e de produção de bioidentidades e biosociabilidade, tal como descritos por teóricos como Ian Hacking (1999, 2009), Paul Rabinow (1995), Francisco Ortega (2003) e Rossano Lima (2006). Nesse trabalho, privilegiaremos o contexto brasileiro, na medida em que recolhemos depoimentos publicados por pessoas naturais do Brasil.

O interesse no trabalho justifica-se na medida em que este tem se tornado um tema cada vez mais debatido, não apenas entre especialistas, mas principalmente no âmbito público. Informações sobre esse transtorno são hoje amplamente difundidas, dado que muitas vezes são transmitidas através da grande mídia. Essa categoria é, na atualidade, a responsável pela maior frequência de encaminhamentos de crianças a centros especializados de neurologia pediátrica e a serviços de saúde mental voltados para crianças e jovens. No campo da educação infantil, o tema TDA/H, relacionado sobretudo ao fracasso escolar, tem sido cada vez mais debatido e explorado. Grande parte das crianças ditas portadoras desse transtorno tiveram os primeiros signos que servem de critérios diagnósticos detectados no ambiente escolar. Além disso,

¹ Essa categoria é assim classificada por um dos principais manuais de psiquiatria da atualidade, o DSM-5 (*Disorder Statistical Manual 5*), editado pela Associação Americana de Psiquiatria, embora oriente de modo hegemônico a prática diagnóstica de profissionais de saúde mental de todo o mundo. Na última edição do Código Internacional das Doenças (o CID 10), uma descrição muito próxima desta categoria é nomeada como Transtorno Hiperativo. Apesar do CID-10 ser o manual diagnóstico adotado na rede de saúde pública brasileira, tal como definido pelo Ministério da Saúde, optou-se por abordar nesse projeto a nomenclatura do DSM porque essa é a terminologia mais conhecida e utilizada, seja para fins de pesquisa, seja pelo público leigo, seja para fins diagnósticos na prática clínica.

juntamente com o autismo, o TDA/H talvez seja a categoria diagnóstica infantil da psiquiatria mais conhecida do público leigo, com grande repercussão nos meios de comunicação, como jornais, revistas, programas de TV, *Talk Shows*, sites de internet, livros *best sellers* etc. O interesse crescente por essa categoria, difundido popularmente como conjuntos de práticas prescritivas e narrativas organizadoras de modos de vida, nos leva a pensar o fenômeno TDA/H como uma verdadeira cultura. Porém, diferente dos predicados culturais tradicionais, herdados de pai para filho, a origem das narrativas e prescrições que envolvem o TDA/H não são os rituais e discursos leigos, mas o saber e as práticas técnico-científicas.

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014, p. 61), a característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento social ou no desenvolvimento do indivíduo. A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDA/H como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva quando esta não é apropriada, ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude extrema ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento, sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa. A impulsividade é o reflexo do desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Para ser diagnosticado segundo o DSM-5 (APA, 2014, p.61), o TDA/H tem que ter começado na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares.

A prevalência do transtorno segundo estudos populacionais indica que o TDA/H ocorre em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2014, p.61). Um estudo brasileiro concebido por Rohde *et al.* (1998 *apud* LIMA, 2005, p. 79) com adolescentes em idade escolar mostrou prevalência de 5,8% em nosso país. O principal tratamento indicado para o TDA/H é o uso de cloridato de metilfenidato, que segundo dados da ONU é o psicoestimulante mais produzido no mundo. Um relatório de 2014 mostra que a produção mundial dessa droga no ano de 2013 chegou ao nível recorde de 71,6 toneladas, com um consumo global de 2,4 bilhões de

S-DDD². No Brasil, o metilfenidato é vendido sob as marcas RITALINA[®], RITALINA LA[®] e CONCERTA[®]. Informações obtidas apontaram que em 1996 a quantidade importada e fabricada da droga no País era de 9 kg e em 2012 as quantidades saltaram para 578 kg, o que indica um crescimento de aproximadamente 6322% (BARROS, 2014). Esses dados demonstram o quanto o tema do TDA/H passou a ocupar um lugar central em nossa sociedade.

A pesquisa teórica desta monografia foi formada a partir de um levantamento bibliográfico sobre o TDA/H, no qual foi conceituado o TDA/H e ampliada a discussão teórica em torno do transtorno. Assim, no primeiro capítulo, será trabalhada a abordagem médica do TDA/H. Como ela é a hegemônica e origem de toda a discussão em torno dessa categoria, o seu estudo é necessário para a compreensão de como psiquiatras e médicos de outras especialidades a representam. Neste capítulo, será exposto o processo diagnóstico, bem como os critérios usualmente utilizados. Do mesmo modo, apresentaremos as principais hipóteses etiológicas para o transtorno e como elas influenciam na concepção atual do distúrbio. Em seguida, mostraremos os protocolos de tratamento mais empregados orientados por esse enfoque, a prevalência do transtorno segundo dados no exterior e no Brasil, bem como as comorbidades mais comuns ao diagnóstico. Por fim, são apresentados neste primeiro capítulo dados sobre o crescimento do uso de psicofármacos do tratamento no Brasil e no mundo.

O segundo capítulo traçará o histórico do transtorno. Nele podem-se observar constantes alterações da nomenclatura e compreensão do que chamamos atualmente de TDA/H. Essas modificações parecem representar os diferentes focos das pesquisas de cada época e suas diferentes explicações. Em 1902 houve a primeira descrição de algo próximo da nossa compreensão atual deste transtorno, apresentada pelo pediatra inglês George Still. Tratava-se de características comportamentais que ele atribuía a um suposto “defeito na conduta moral”, acompanhado de inquietação, desatenção e dificuldades diante de regras e limites. Na primeira metade do século XX, o interesse pela hiperatividade infantil foi novamente despertado devido a um surto de encefalite ocorrido na América do Norte entre os últimos anos da Primeira Guerra Mundial (1917 e 1918) e os anos 1940, que posteriormente acabou sendo classificada como uma síndrome disforme e de baixo interesse. Foi durante a década de 1970 que a ênfase diagnóstica se concentrou no sintoma da desatenção, até então pouquíssimo enfatizado. O

² O termo “doses diárias definidas com propósitos estatísticos (S-DDD)”, é o substituto do termo “doses diárias definidas (DDD)”, é utilizado pela INCB como uma unidade técnica de medida usada na análise estatística e não é uma recomendação de dose prescrita. As bases para o agrupamento de substâncias foi, na medida do possível, o sistema de classificação química terapêutica anatômica usada no Nordic Statistics on Medicines recomendado pela Organização Mundial de Saúde para ser utilizado em estudos sobre drogas. Em adição, o agrupamento reflete os Esquemas da Convenção de 1971 (INCB, 2015, p.25).

DSM-III foi publicado em 1980 e nele o transtorno foi renomeado para "distúrbio de déficit de atenção (DDA)", que incluía um subtipo com e outro sem hiperatividade. A partir da revisão da terceira edição do DSM, o DSM-III-R, em 1987, esses comportamentos ganharam a sua atual denominação de “transtorno do déficit de atenção/hiperatividade”, como um resultado de críticas à ênfase exagerada que era dada à desatenção. A quarta edição do DSM (DSM-IV), de 1994, apresenta o transtorno dividido em três subtipos, um predominantemente desatento, hiperativo/impulsivo e um combinado. O DSM 5, de 2014, mantém o transtorno sem alterações relevantes em sua descrição. O capítulo mostra como o TDA/H, embora tendo origens antigas, só se transformou em fenômeno clínico relevante nas últimas décadas, quando se transforma em “transtorno de massa”.

No terceiro capítulo serão apresentadas as principais ideias que orientaram a visão sobre o transtorno neste trabalho. A partir da teoria de Ian Hacking (1999, 2009) sobre o “efeito de arco” [*looping effect*], foi avaliado o questionamento do quanto o diagnóstico pode guiar, modificar, ou produzir certos comportamentos entre os portadores e em seu meio social. O filósofo foucaultiano Paul Rabinow (1995) com a teoria da “biossociabilidade” auxilia a pensar os diferentes grupos sobre TDA/H, que tendem a unir-se a partir de características biológicas compartilhadas. Por fim, Francisco Ortega (2003) aponta o surgimento de uma nova forma de ascese, a “bioascese”. Nela o cuidado corporal demonstra a desvalorização de objetivos que possuem um caráter coletivo mais amplo, fazendo com que as pessoas passem a ter sua subjetividade intimamente ligada ao corpo. Esses dois últimos autores são peças fundamentais para pensar os novos modos de “experiência do eu” chamados de “bioidentidades”, segundo os quais a identidade pessoal não é tanto construída a partir de elementos tradicionais da cultura, como nacionalidade, religião, grupo étnico, filiação, classe, etc., mas a partir de narrativas difundidas originalmente pelo saber técnico-científico. Esse tipo de fenômeno também serve de marcador social para transformações mais amplas: de um lado, há um declínio do poder simbólico de instâncias tradicionais doadoras de identidade e organizadora de condutas; por outro lado, esse lugar enfraquecido é ocupado pelo discurso técnico-científico, que parece ser o único a conservar um poder de orientar condutas, ações e conferir sentidos, justamente lá onde nos deparamos com a inconsistência das agências nômicas tradicionais. Na contemporaneidade, o campo psicopatológico e o conjunto de narrativas e práticas que ele ajuda a difundir constituem cada vez mais um organizador desse lugar inconsistente, com parte de seus especialistas ocupando o lugar que outrora concedíamos a padres, pastores, patriarcas, mães, familiares, chefes de Estado, mitos, rituais, narrativas leigas, etc.

No último capítulo, propõe-se um estudo empírico das particularidades da construção bioidentitária vinculada ao TDA/H. Nele apresentam-se depoimentos em primeira pessoa e relatos clínicos pesquisados na literatura sobre o tema e na *internet*. Procura-se entender como pais de crianças/adolescentes hiperativo-desatentos e adultos considerados portadores do transtorno têm descrito as próprias experiências ou a de seus filhos através da ótica oferecida pelo TDA/H, e como têm organizado formas de sociabilidade em torno dele. Argumenta-se que esses relatos apontam para a emergência recente de algo que nomeamos como uma “cultura TDA/H”.

CAPÍTULO 1

ABORDAGEM MÉDICA DO TDA/H

Para compreender o caso do TDA/H no Brasil é necessário estudar a abordagem médica do transtorno, pois é a partir dessa perspectiva que a maioria das práticas para o tratamento, orientação de profissionais e familiares, e para a divulgação de materiais para a mídia, são desenvolvidas. Por isso, este capítulo introduz essa abordagem desde o procedimento diagnóstico e seu quadro clínico, até a etiologia, o tratamento e a sua prevalência. A opção pela abordagem medicamentosa e suas particularidades no país também serão abordadas, além dos transtornos comórbidos ao TDA/H.

1.1 QUADRO CLÍNICO

Segundo o DSM-5 (APA, 2014, p.61) o diagnóstico do TDA/H é orientado pela clássica tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade, onde para o diagnóstico é necessário que haja um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade que interfira no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção definida pelo DSM-5 se mostra no comportamento como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter foco e desorganização. Assim, ela pode aparecer em sintomas como: dificuldade de prestar atenção em detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho, dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra, não seguir instruções e não terminar 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 (ROHDE *et al*, 2000).

Por hiperatividade refere-se a uma atividade motora excessiva não apropriada, tal como abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado, correr ou escalar objetos em situações nas quais isto é inapropriado, ter dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer, estar frequentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”, falar em demasia etc. (ROHDE *et al*, 2000). Os sintomas em adultos se mostram através de uma inquietude extrema ou esgotamento

dos outros com sua atividade, agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira. No que se refere à impulsividade, apresentam-se ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa. Dentre as ações típicas associadas ao sintoma podemos listar: frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas, com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez e frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros (ROHDE *et al*, 2000). Para que seja confirmado um diagnóstico de TDA/H é necessário para o DSM-5 (APA, 2014, p.61) que os sintomas apresentados se manifestem inicialmente na infância e devem mostrar-se em mais de um ambiente, por exemplo: na escola e em casa, em casa e no trabalho, etc. Assim, para que seja feito um diagnóstico é imprescindível colocar em contexto os sintomas na vida do paciente. Esse diagnóstico é essencialmente clínico com base nos critérios provenientes do atual DSM-5.

O DSM-5 (APA, 2014, p.61) subdivide o TDA/H em três tipos: a) TDA/H com predomínio de sintomas de desatenção; b) TDA/H com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; c) TDA/H combinado. O tipo que possui predomínio de sintomas de desatenção é comum no sexo feminino e parece apresentar elevada taxa de prejuízo acadêmico. Aqueles que possuem predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade são mais agressivos e impulsivos do que os outros dois tipos, e tendem a apresentar altas taxas de rejeição social. Os sintomas de conduta, de oposição e de desafio mostram-se mais comuns no tipo combinado, ele também apresenta um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos dois outros grupos (ROHDE *et al*, 2000).

Alguns profissionais optam por produzir avaliações complementares para o diagnóstico tais como avaliação neurológica e testagem psicológica. Segundo ROHDE *et al* (2000), em seu artigo sobre o TDA/H, dentre as escalas que estão disponíveis para serem usadas com professores, apenas a escala de Connors possui uma avaliação das suas propriedades psicométricas em uma amostra brasileira. A importância de uma avaliação neurológica ocorre pela necessidade de exclusão de patologias neurológicas que podem camuflar o TDA/H (ROHDE LA *et al*, 2000). Portanto, testes objetivos servem, na verdade, muito mais para fins de diagnóstico diferencial do que para a efetuação do diagnóstico de TDA/H propriamente dito, que é feito essencialmente pelo chamado exame psíquico que ocorre em uma entrevista clínica comum.

1.2 ETIOLOGIA

A fim de descobrir a etiologia do TDA/H sempre houve inúmeras pesquisas que buscavam estabelecer relações diretas entre lesões ou disfunções cerebrais e o comportamento hipercinético ou desatento, mas foi a partir do início da era psicofarmacológica na psiquiatria somada ao sucesso do uso da Ritalina posteriormente que ela se tornou um dos principais responsáveis pelo impulso nesse ramo de pesquisas (LIMA, 2005, p. 84). Com os aprimoramentos das biotecnologias diagnósticas, nos anos 90, as teorias biológicas sobre a desordem aumentaram seu poder de influência, pode-se perceber que na literatura destinada à popularização do diagnóstico entre o público em geral, principalmente entre os pais e professores, onde são encontradas as afirmações mais enfáticas sobre a descoberta das causas do TDA/H e sua localização na rede neural encefálica (LIMA, 2005, p. 85).

Há certo consenso em considerar o TDA/H um transtorno do neurodesenvolvimento no qual os neurotransmissores, a anatomia cerebral e a genética ocupam posição de destaque, colocando os fatores psicológicos e sociais como secundários ou dispensáveis (LIMA, 2005, p. 87). Os estudos realizados desde a década de 1990 tem se centrado nas relações entre o córtex pré-frontal e estruturas subcorticais como o núcleo caudato e o globo pálido (rede conhecida como circuito fronto-estriatal). Supõe-se que nessas áreas se encontrará parte das respostas sobre as origens e a "natureza" do TDA/H na medida em que se têm demonstrado que elas se correlacionam com funções como controle motor, manutenção da atenção, inibição dos impulsos, planejamento de ações, entre outras. Porém, mesmo com o refinamento das tecnologias utilizadas hoje, a fragilidade e as contradições dos resultados das pesquisas realizadas até os anos 70 continuam a perseguir boa parte dos estudos realizados recentemente (LIMA, 2005, p. 87). Quanto a uma etiologia genética a maioria aposta em uma complexa herança poligênica como responsável pelo transtorno, o que causaria uma suscetibilidade aumentada (LIMA, 2005, p. 93).

Barkley (1997 *apud* LIMA, 2005, p. 89) desenvolveu a hipótese do TDA/H como um déficit nas "funções executivas", essas funções cerebrais amadureceriam ao longo do desenvolvimento infantil e seriam ações autogeridas do indivíduo que estão sendo usadas para a auto-regulação (ibid., p. 56, *apud* LIMA, 2005, p. 89). O autocontrole que elas proporcionam é indispensável para que o futuro possa-se antecipar e para que se maximize o sucesso de ações em longo prazo. Portanto, a pessoa que possui funções executivas bem reguladas é aquela que retém corretamente as sequências de eventos em sua memória de trabalho, utilizando ao máximo as informações e imagens armazenadas das vivências passadas e as manipulando

eficazmente para alcançar seus objetivos. O uso racional do tempo lhe permite adiar as gratificações oriundas do ambiente imediato a favor das recompensas prometidas no longo prazo (LIMA, 2005, p. 91).

Assim, o TDA/H ocasiona em seus portadores uma forma de "miopia temporal". Para Barkley no distúrbio a internalização de comportamentos que constituem as funções executivas mostra-se atrasada, fazendo com que os portadores sejam mais influenciados pelo contexto atual tendo dificuldade em utilizar adequadamente o que foi aprendido no passado para orientar suas ações. Eles não possuem capacidade de tolerar um mal-estar atual em troca de um resultado posterior mais favorável, sem contar que estímulos do ambiente os controlam e interrompem. Esta última característica pode ser considerada a responsável pela desatenção observada em parte das crianças e adultos com TDA/H (LIMA, 2005, p. 91). Barkley afirma que nos indivíduos que possuem o tipo hiperativo-impulsivo ou combinado, o déficit de atenção não é a principal questão, porém é secundária a pouca inibição de comportamento e ao fraco controle das interferências internas e externas ao mesmo. Necessitado de recompensas imediatas para continuar nas tarefas eles apresentam dificuldades se a atividade é pouco interessante ou exige que cumpram etapas em sequências na direção de objetivos longínquos. (LIMA, 2005, p. 92). Barkley ainda pensa o processo de internalização que funda as funções executivas como instintivo e universal, não dependendo de treinamento ou qualquer outra variável cultural para ser alcançado; o que justifica que seus desvios só podem ser localizados na biologia. Portanto, sua teoria possui o mesmo reducionismo cerebral e localizacionismo disseminado em toda a concepção atual do TDA/H (LIMA, 2005, p. 92).

1.3 TRATAMENTO

Para o tratamento do TDA/H recomenda-se uma abordagem múltipla onde estariam tanto intervenções psicossociais e psicofarmacológicas (SPENCER T, BIEDERMAN J, WILENS T, HARDING M, O'DONNELL D, GRIFFIN S, 1996 *apud* ROHDE et al, 2000). No caso das intervenções psicossociais, segundo Rohde *et al* (2000), estão: em primeiro lugar, dar o máximo de informações claras à família sobre o transtorno, conduta que em psiquiatria tem o nome de psicoeducação; em segundo lugar, como TDA/H está frequentemente associado ao fracasso escolar, orientar professores quanto à importância de manter a sala de aula bem estruturada e com baixa quantidade de alunos. Boas estratégias para serem usados em sala de aula incluem rotinas diárias consistentes e um ambiente escolar previsível, o que, segundo especialistas, ajudaria as crianças com TDA/H a manter certo controle emocional; além disso,

se incentivaria a adoção de estratégias de ensino ativo incluindo a atividade física na aprendizagem.

Quanto a outras intervenções de caráter psicossocial focadas na criança ou adolescente, segundo Rohde *et al* (2000), a psicoterapia individual seria indicada apenas para tratar comorbidades, isto é, sintomas que usualmente acompanham o transtorno, como a baixa autoestima, a dificuldade de controle de impulsos e a baixa capacidade de desempenho social. O tipo de terapia mais estudado quanto à eficácia no tratamento dos sintomas primários (desatenção, hiperatividade e impulsividade) e secundários (oposição, desafio, teimosia) é a terapia cognitivo-comportamental (AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 1997 *apud* ROHDE *et al* 2000). Apesar disso, pesquisas apontam que uma abordagem combinada da medicação padrão para o TDA/H com psicoterapia não mostrou uma eficácia superior para a redução dos sintomas do TDA/H se comparada com uma abordagem apenas medicamentosa, o que sugeriria a importância central do medicamento na regulação dos sintomas descritos acima (THE MTA COOPERATIVE GROUP, 1999 *apud* ROHDE *et al*, 2000).

Atualmente, o critério para indicação de qual psicofármaco será indicado para o tratamento de um diagnóstico positivo de TDA/H são as comorbidades presentes (CORREA FILHO, ROHDE, 1998). No país atualmente, o único psicoestimulante encontrado no mercado é o cloridrato de metilfenidato. O primeiro a ser indicado é o estimulante. Caso seja necessário acrescentar outra medicação, agrega-se algum inibidor seletivo da recaptação de serotonina, mais conhecido como antidepressivo (ROHDE *et al*, 2000).

1.4 PREVALÊNCIA

Uma análise de dados obtidos em pesquisas sobre a quantidade de diagnósticos sobre o TDA/H em diferentes países e regiões aponta números particularmente contraditórios. Se avaliarmos as crianças norte-americanas que estão em idade escolar, observa-se a presença do transtorno em 3 a 5% delas, e estes percentuais são usualmente generalizados como suas taxas médias (CYPEL, 2001 *apud* LIMA, 2005, p. 79), incluídos como dados epidemiológicos no DSM-5. Entretanto, pesquisadores de renome na área, como Biderman, avaliam que 10% das crianças americanas têm TDA/H (DILLER, 1998 *apud* LIMA, 2005, p. 79). No Brasil, uma pesquisa de Rohde *et al*. (1998 *apud* LIMA, 2005, p. 79) em adolescentes escolares mostrou prevalência de 5,8%. Em contrapartida, um estudo encontrou apenas 0,09% de casos em crianças inglesas de 10 e 11 anos moradoras da Ilha de Wigh (CYPEL, 2001 *apud* LIMA,

2005, p. 80). De um modo geral, a prevalência britânica costuma ser uma das baixas, mantendo-se, em torno de 1% (GOLFETO & BARBOSA, 2003 *apud* LIMA, 2005, p. 80), o que em termos de saúde pública já se pode considerar um problema bastante importante. Já em países como o Brasil e os Estados Unidos, os dados de prevalência nos fazem crer que o TDA/H se transformou em uma verdadeira epidemia, que acomete transversalmente ambos os sexos e virtualmente todas as faixas etárias.

Dados da clínica divulgados pelo DSM-5 (APA, 2015, p. 63) apontam que o TDA/H é mais frequente em indivíduos do sexo masculino, em uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 em adultos, havendo significativa probabilidade de se apresentar primariamente com características de desatenção. Segundo STALLER & FARAONE (2006 *apud* ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009), os indivíduos do sexo feminino estariam sendo sub-diagnosticados por causa da importância dada aos sintomas de hiperatividade e impulsividade em detrimento da desatenção. Isso porque algumas pesquisas (BIEDERMAN & COLS., 2002; STALLER & FARAONE, 2006, *apud* ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009) afirmam que as chances de mulheres possuírem o tipo desatento são 2,2 vezes maiores em comparação a indivíduos do sexo masculino. Por isso, a detecção do transtorno em indivíduos do sexo feminino mostra-se mais tardiamente, geralmente aos sete anos de idade (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009).

1.5 MEDICAÇÃO E O CASO BRASILEIRO

O cloridato de metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central, suas propriedades são semelhantes as das anfetaminas (BARROS, 2014, p. 23). Ele tem como indicação principal o uso para tratamento do TDA/H, além de ser recomendado também para narcolepsia³. Segundo os dados apresentados pela INCB⁴, ele é o psicoestimulante mais

³ Narcolepsia é um distúrbio do sono, nela as pessoas vivenciam repetidos ataques de sonolência durante o dia, mesmo após uma noite adequada de sono. Essa sonolência tem de ocorrer diariamente, por pelo menos três vezes por semana, num período mínimo de três meses. Ela geralmente produz cataplexia, que costuma apresentar-se em episódios breves (de segundos a minutos) de atonia bilateral muscular precipitada por emoções, principalmente risos e brincadeiras (APA, 2014, p.374).

⁴ A *Interational Narcotics Control Board* (INCB) ou em português, a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes é um órgão independente dos governos e das Nações Unidas tendo sido estabelecido pela Convenção Única de Drogas Narcóticas de 1961 (ONU, 1961). Seu objetivo é monitorar a obediência dos países em relação aos tratados internacionais sobre o controle de drogas assegurando que os suprimentos de substâncias usadas na fabricação de remédios estejam disponíveis única e exclusivamente para propósitos médicos e científicos. Além disso, auxilia os países a identificar e corrigir eventuais falhas nos sistemas de controle de drogas determinando que produtos químicos devam ser controlados para evitar desvios para a elaboração de drogas ilícitas. A INCB é independente tanto dos governos como das Nações Unidas. Seus 13 integrantes são eleitos pelo Conselho Social e Econômico e prestam serviços de acordo com suas capacidades profissionais, não como

produzido no mundo; a discrepância é tanta que a soma de toda produção mundial das anfetaminas e seus derivados não supera a quantidade do metilfenidato produzido nos anos de 2008 a 2013 (INCB, 2014). Como parte importante da maioria dos tratamentos de TDA/H se dá a partir da utilização desse psicoestimulante dados sobre o seu uso podem ser considerados bons indicadores do quanto varia o recurso a essa categoria ou à sua abordagem medicamentosa. Dados sobre a fabricação mundial de metilfenidato mostram que em 1990 produziam-se cerca de 2,8 toneladas do medicamento. Em 1999, registrou-se um total de 19,1 toneladas, o que aponta para um crescimento na produção mundial de mais de 580% em apenas uma década, justamente quando essa categoria diagnóstica começou a se difundir na cultura (ORTEGA *et al*, 2010).

Segundo os relatórios anuais da INCB (2015), a produção mundial do metilfenidato no ano de 2013 chegou ao nível recorde de 71,6 toneladas; seguido de um decréscimo para 61 toneladas no ano seguinte. Dados do consumo apresentados no relatório divulgados com a medida S-DDD, colocam que o consumo global do medicamento chegou ao recorde de 2,4 bilhões de S-DDD em 2013, com uma leve queda para 2,2 bilhões em 2014 (INCB, 2015). O gráfico a seguir apresenta o aumento da produção mundial do metilfenidato segundo os relatórios da INCB de 2005 a 2015:

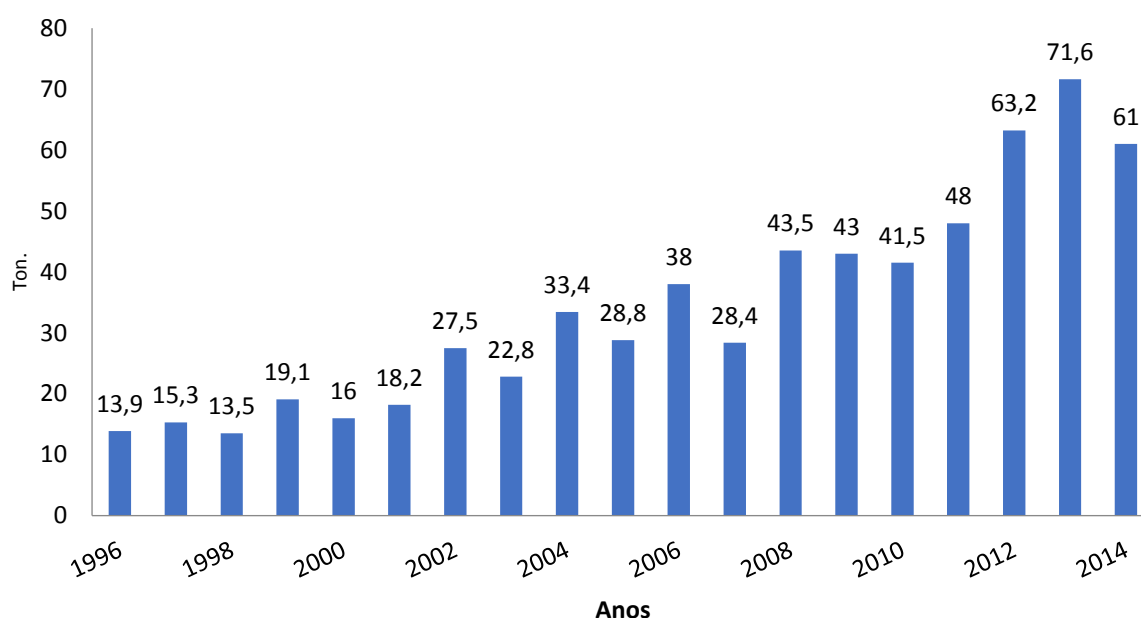


Gráfico 1: Aumento da produção mundial de metilfenidato 1996 e 2014.
Fonte: Elaborado pela autora

representantes de governos. Três integrantes com experiência médica, farmacológica ou farmacêutica são eleitos de uma lista de especialistas nomeada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e 10 integrantes são eleitos de uma lista de técnicos nomeados pelos governos (INCB, 2016).

O maior produtor, exportador, consumidor e estoquista do metilfenidato são os Estados Unidos. No seu ápice, em 2012, o país chegou a produzir 61ton. do produto. No ano de 2014, mesmo em queda, ele foi responsável pela produção de 45ton. (INCB, 2015). Como líder na exportação global desde 2007, ele quantificou 32% da exportação total do medicamento no mercado global no ano de 2014. O consumo norte americano também tem apresentado certa elevação de 946 milhões de S-DDD em 2012 para 1,4 bilhões em 2013 e 2014. Os EUA também possuem 80% dos estoques globais de 2014, que giravam em torno 63ton. (INCB, 2015). O mercado estadunidense do uso de drogas para TDA/H em adultos também está em evidente crescimento, segundo informações, os adultos recebem cerca de um terço de todas as prescrições de medicamentos para o transtorno (ORTEGA *et al*, 2010). Segundo Okie (2006, *apud* ORTEGA *et al*, 2006), entre março de 2002 a junho de 2005, houve um aumento de 90% de prescrições dadas a maiores de 18 anos.

No Brasil, o uso do metilfenidato também tem crescido ao longo dos anos, vendido no país sob as marcas RITALINA[®], RITALINA LA[®] e CONCERTA[®]. Sua comercialização no país foi aprovada em 1998 (ANVISA, 2012). A psicóloga Denise Barros, que pesquisou o consumo do medicamento em sua tese de doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, observou um enorme aumento na importação e fabricação no país. Os dados obtidos apontaram que em 1996 a quantidade importada e fabricada da droga era de 9 kg e em 2012 as quantidades saltaram para 578 kg, o que indica um crescimento de aproximadamente 6322% (BARROS, 2014).

Para obter os números do valor total comercializados no país anualmente, na pesquisa de Barros (2014) foi somada a produção e a importação a cada ano, desse resultado ocorria à diminuição da quantidade em estoque do ano anterior, em seguida era somado o resultado com o estoque do ano anterior. O gráfico 2 apresenta os dados obtidos na pesquisa a partir desse cálculo. Assim, ao estudar a comercialização do metilfenidato nos anos de 2003 a 2012 percebe-se um aumento de 775,53% nas vendas do produto.

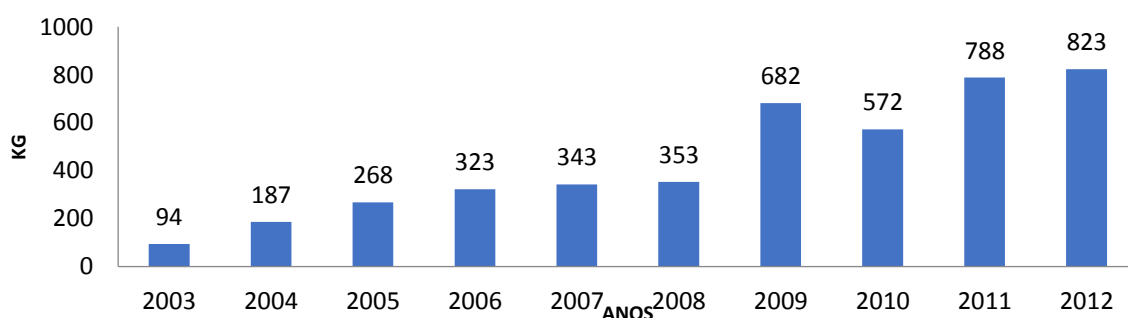


Gráfico 2: Quantidade de metilfenidato comercializado no Brasil entre os anos 2003 e 2012.
Fonte: Barros, 2014, p.31

Outro estudo sobre o uso do medicamento no país é o artigo intitulado “Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo” de 2013, nele as psicólogas Luciana Caliman e Nathalia Domitrovic produziram uma pesquisa que analisava a dispensa pública do metilfenidato com ênfase no estado do Espírito Santo. No estado capixaba, a política Farmacêutica determina que a dispensação pública de medicamentos considerados essenciais e excepcionais seja realizada pelas Farmácias Cidadãs, que possuem como finalidade a ampliação do acesso a medicamentos de alto custo e de serem um serviço de excelência em assistência farmacêutica. Elas atendem a diferentes municípios para os quais são referência, sendo de investimento do tesouro do Estado os medicamentos que constam na lista estadual de dispensa à população. O metilfenidato é dispensado pelo Estado desde 2007, ano em que passou a integrar a Relação de Medicamentos Essenciais e Excepcionais – REMEME. Como resultado da pesquisa, Caliman e Domitrovic (2013) perceberam que desde a inclusão na REMEME, a demanda de metilfenidato tem tido um enorme crescimento, que é acompanhado de um robusto aumento dos gastos com o medicamento. Em 2009, o gasto anual na compra do psicoestimulante totalizou R\$1.699.254,20, e dois anos depois o investimento para sua compra havia sofrido um aumento de 178%, alcançando a cifra de R\$ 3.026.167,80.

1.6 COMORBIDADE

No DSM-5, apresentam-se dados de comorbidade entre o TDA/H e outros transtornos. Para o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), “que se caracteriza por um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses” (APA, 2014, p.65), aponta-se que o TDA/H seja comórbido em metade das crianças com o tipo combinado e em cerca de um quarto daquelas predominantemente desatentas. O Transtorno da Conduta (TC), “que se caracteriza por um padrão de comportamento repetitivo e persistente no qual são violados direitos básicos de outras pessoas ou normas ou regras sociais relevantes e apropriadas para a idade” (APA, 2014, p.65), é comórbido com TDA/H em aproximadamente um quarto das crianças e dos adolescentes com a apresentação combinada, dependendo da idade e do ambiente.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014, p.65), a maioria das crianças e dos adolescentes com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor⁵ tem sintomas que também preenchem

⁵ A principal característica do Transtorno Disruptivo Da Desregulação Do Humor é a irritabilidade crônica grave. Essa irritabilidade grave apresenta-se através de duas manifestações clínicas principais. A primeira são as

critérios para TDA/H, assim como uma porcentagem menor de crianças com TDA/H tem sintomas que preenchem critérios para Transtorno Disruptivo da Desregulação Do Humor. Uma minoria de indivíduos com Transtornos de Ansiedade⁶ e Transtorno Depressivo Maior⁷ possuem também TDA/H, embora com maior frequência do que na população em geral. Nos adultos, Transtorno da Personalidade Antissocial⁸ e outros transtornos da personalidade podem ser comórbidos com TDA/H. Outros transtornos que podem ser comórbidos com o TDA/H incluem o transtorno obsessivo-compulsivo, os transtornos de tique e o transtorno do espectro autista (APA, 2014, p.65).

Na pesquisa desenvolvida por Biederman (2005, *apud* ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009), informou-se que a comorbidade do TDA/H com TOD apresenta valores de mais de 60%; com o TC, por volta dos 15%; 25% para Transtornos de Humor e Aprendizagem; e aproximadamente 30% para os Transtornos de Ansiedade. Importantes também são os dados resultantes do *Multimodal Treatment Study* (MTA), projeto desenvolvido pelo *National Institute of Mental Health* nos Estados Unidos, donde resultou a avaliação e seguimento de 579 crianças com TDA/H combinado, que possuíam entre 7 e 9,9 anos de idade (MTA COOPERATIVE GROUP, 1999 *apud* ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009). Ela pode ser considerada, segundo Epstein & Cols. (2007 *apud* ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009), uma das amostras mais bem definidas e estudadas no âmbito do TDA/H. Os dados alcançados revelaram que 40% das crianças apresentavam comorbidade com TOD e 14% com TC,

frequentes explosões de raiva, elas ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais. A segunda manifestação de irritabilidade grave consiste em humor persistentemente irritável ou zangado que está presente entre as explosões de raiva. O transtorno disruptivo da desregulação do humor foi acrescentado ao DSM-5 para abordar a preocupação quanto à classificação e ao tratamento apropriados das crianças que apresentam irritabilidade crônica persistente em relação a crianças que apresentam transtorno bipolar clássico (APA, 2014, p. 156 e 157).

⁶ Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada (APA, 2014, p.189).

⁷ Um episódio de Depressão Maior é principalmente marcado por um humor depressivo ou perda de interesse e/ou prazer em quase todas as atividades, com uma duração de pelo menos duas semanas. O indivíduo também deve experimentar sintomas adicionais como: mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (APA, 2014, p. 162 e 163).

⁸ A característica essencial do transtorno da personalidade antissocial é um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta. Esse padrão também já foi referido como *psicopatia*, *sociopatia* ou *transtorno da personalidade dissocial*. Visto que falsidade e manipulação são aspectos centrais do transtorno da personalidade antissocial, pode ser especialmente útil integrar informações adquiridas por meio de avaliações clínicas sistemáticas e informações coletadas de outras fontes colaterais (APA, 2014, p. 659).

diagnosticados segundo o DSM-IV. Ainda segundo o estudo, 34% da amostra apresentou comorbidade com algum tipo de Transtorno de Ansiedade à luz do DSM-III-R (MTA COOPERATIVE GROUP, 1999 *apud* ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2009). Um estudo realizado no Brasil com 34 crianças e adolescentes que possuíam idades entre 6 e 16 anos e diagnóstico de TDA/H, ainda segundo o DSM-IV, examinou a comorbidade com outros transtornos psiquiátricos através do questionário padronizado P-ChIPS⁹ que foi aplicado nos pais. Com seus resultados foi possível observar em 85,7% dos casos a ocorrência de transtornos comórbidos, entre eles o Transtorno Opositivo-Desafiador que possuía uma porcentagem de 20,6% e o Transtorno De Conduta que se mostrou em 39,2%, foram os mais comuns. A Depressão Maior pôde ser diagnosticada em quatro casos e quadros ansiosos (Transtorno De Ansiedade Generalizada¹⁰, Ansiedade De Separação¹¹ E Fobias¹²) foram observados em 34,3% da amostra (SOUZA, SERRA, MATTOS & FRANCO, 2001).

⁹ O ChIPs é uma entrevista estruturada, em que os mais importantes diagnósticos na psiquiatria infantil são avaliados. Existe uma versão para entrevistar os pais (P-ChIPS), compreendendo os mesmos diagnósticos avaliados no ChIPS. As questões são muito específicas e, na maioria dos casos, demanda curtas respostas, como “sim” ou “não”. Estes itens são muito similares com os critérios do DSM-IV. Ela é objeto de leis autorais, mas a liberação do uso em pesquisas pode ser pedida com os editores. Os seguintes transtornos são avaliados na entrevista: Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDA/H), Transtorno Opositor-Desafiante (TOD), Transtorno de Conduta (TC), Transtorno de uso de substâncias, Transtorno de ansiedade social, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno do estresse pós-traumático, depressão/distímia, mania/hipomania, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos psicóticos.

¹⁰ Tem como características essenciais o Transtorno De Ansiedade Generalizada ansiedade e preocupação excessivas acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. (APA, 2014, p. 223).

¹¹ A característica essencial do transtorno de ansiedade de separação é o medo ou a ansiedade excessiva envolvendo a separação de casa ou de figuras de apego. Eles se preocupam com o bem-estar ou a morte de figuras de apego, particularmente quando separados delas, precisam saber o paradeiro das suas figuras de apego e querem ficar em contato com elas. Os indivíduos com transtorno de ansiedade de separação são relutantes ou se recusam a sair sozinhos devido ao medo de separação (APA, 2014, p. 191).

¹² Uma característica essencial da Fobia é que o medo ou ansiedade está circunscrito à presença de uma situação ou objeto particular, que pode ser denominado estímulo fóbico. Muitos indivíduos temem objetos ou situações de mais de uma categoria, ou estímulo fóbico. Para o diagnóstico de fobia específica, a resposta deve ser diferente dos medos normais transitórios que comumente ocorrem na população. (APA, 2014, p. 198, 199).

CAPÍTULO 2

HISTÓRIA DA CATEGORIA DIAGNÓSTICA TDA/H

A categoria TDA/H possui um histórico particularmente controverso, cheio de contradições e divergências. Constantes alterações na nomenclatura e compressão da categoria são relatadas e refletem o campo que cerca o diagnóstico, sendo uma importante ferramenta na compreensão de como a visão médica, especialista e popular do transtorno foi se modificando ao longo do tempo. Essas alterações contínuas supostamente estão ligadas aos diferentes focos das pesquisas de cada época e suas diferentes explicações. Neste capítulo será apresentada a versão histórica comumente apresentada pelos estudiosos do TDA/H que traça seu trajeto intimamente vinculado ao campo biomédico. Ela é divulgada, principalmente, por médicos pesquisadores norte-americanos, canadenses e ingleses que, ao dedicar sua vida ao estudo do transtorno, acabaram sendo considerados historiadores internos¹³ e representam o discurso da legitimidade biológica e cerebral do transtorno (NEFSKY, 2004 *apud* CALIMAN 2010). Segundo Caliman (2010), nessa versão:

A criança com TDA/H apareceu pela primeira vez na literatura médica da primeira metade do século XX e, desde então, foi renomeada muitas vezes. Ela foi a criança com defeito no controle moral, a portadora de uma deficiência mental leve ou branda, foi afetada pela encefalite letárgica, chamaram-na simplesmente de hiperativa ou de hipercinética, seu cérebro foi visto como moderadamente disfuncional, ela foi a criança com déficit de atenção e, enfim, a portadora do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. E nos últimos 20 anos do século XX, ela é marcada por um defeito inibitório que afeta o desenvolvimento das funções executivas cerebrais.

Essa versão histórica é tida como oficial e dominante na medida em que, salvo exceções, tanto críticos quanto defensores da visão neurológica partem dos marcos e das classificações psiquiátricas que ela aponta. Ela é constituída por outros diagnósticos psiquiátricos problemáticos e duvidosos, situados na fronteira obscura entre as desordens nervosas definidas e indefinidas, entre as disfunções da vida normal e da patológica (CALIMAN, 2010). A questão dessa versão é que com ela se desconsidera os aspectos morais, sociais, políticos, econômicos

¹³ História Interna é uma metodologia utilizada nos estudos da ciência que apresenta um modelo de história continuísta, como se houvesse um acúmulo progressivo de dados ao longo dos tempos. Esses dados produziam teorias gerais, que posteriormente seriam corrigidas continuamente a partir descoberta de novos fatos, que assim gerariam teorias mais claras e mais gerais, e assim por diante. Assim a figura do precursor é fundamental. Este tipo de análise lançou as bases dos primeiros modelos de história da ciência de que se tem notícia, com o francês Pierre Duhem, no século XIX (comunicação oral, pelo Prof. Camilo Venturi).

e institucionais que alimentam a constituição do fato patológico, anula-se que os objetos científicos nascem da relação turbulenta entre as demandas políticas e as ideológicas que sustentam produção da sua pesquisa. É necessária uma não fidelidade ao discurso apresentado pela biomedicina sobre o TDA/H para considerar que fatores histórico-sociais influenciaram na construção dos diferentes diagnósticos que se apresentam ligados a ele, assim como no seu formato atual.

2.1 PRIMEIRAS DESCRIÇÕES: DA MORAL À PEDIATRIA

Na história oficial do TDA/H, o pioneirismo da descrição como uma condição médica para condutas infantis que até então não passavam de comportamentos inapropriados deve-se a George Still, em um estudo de 1902 (LIMA, 2005, p.61). Still é considerado o primeiro pediatra inglês. Foi também o primeiro professor de doenças infantis do prestigioso *King's College Hospital* e autor de vários livros sobre o comportamento infantil normal e patológico (CALIMAN, 2010). Em seus estudos, o médico analisava os defeitos anormais do controle moral em crianças resultantes de uma falha no desenvolvimento mental. As crianças analisadas apresentavam um defeito moral e uma atitude desafiadora, não reconheciam regras, sendo agressivos e indisciplinados, desatentos e impulsivos, destemperados e voluntariosos. Still afirmava que o controle moral tido como normal estava sempre de acordo com os ideais de bom e de bem-estar de todos e era esse controle que inibia forças contrárias a esses ideais. Assim, a disfunção resultante deste defeito da vontade inibitória era uma patologia moral específica (CALIMAN, 2010).

Para Barkley (1997 *apud* CALIMAN, 2010), o caso relatado por Still legitimaria e comprovaria a existência biológica do TDA/H, além de exemplificar manifestações clínicas do mesmo ainda na virada do século. Entre os motivos que sustentam sua tese, o primeiro é etiológico: na medida em que tanto a condição descrita por Still quanto a atual concepção do TDA/H seriam oriundas do defeito da função inibitória da vontade. Barkley (1997 *apud* CALIMAN, 2010) também afirma que tanto a sintomatologia quanto as epidemiologias descritas seriam similares, em ambos os diagnósticos a desatenção e a hiperatividade estariam presentes. Nas crianças afetadas com o transtorno descrito pelo pediatra inglês, a punição era ineficaz, haveria um comportamento patológico orientado pelo ganho de gratificações imediatas, seguido de uma incapacidade de planejar o futuro. “As duas pesquisas legitimaram a patologia moral como uma condição mórbida independente e real *porque* biológica e cerebral. O objetivo era e é encontrar a sede fisiológica da vontade, da moral e do autocontrole”

(CALIMAN, 2010). Entretanto, o que a história dessa categoria deixa claro é como o campo dos valores e dos ideais de conduta social e individual estão, desde o início, presentes na descrição desta condição. Apesar do ideal purificador de isolar fatos de valores, presente na neurociência clássica, isso nunca foi possível para categorias como o TDA/H, já que o discurso sobre padrões cerebrais e cognitivos sempre se apresentou de forma indissociável do discurso sobre padrões de comportamento moral e de desempenho escolar e laboral.

2.2 A ENCEFALITE COMO MODELO ETIOLÓGICO

Na primeira metade do século XX, os EUA vivenciaram uma epidemia de encefalite, uma infecção misteriosa nomeada pelo neuroanatomista austríaco Constantin von Economo em 1917. Essa condição surgiu nos últimos anos da Primeira Guerra Mundial e desapareceu por volta de 1940, ao ser classificada como uma síndrome amorfa de interesse marginal (KROKER, 2004 *apud* CALIMAN, 2010). Entre as diversas similaridades da encefalite com o TDA/H, pode-se pontuar que ambas as condições incluem em suas descrições um leque de sintomas extremamente diverso. Ambas as condições também se assemelham por terem sido incluídas como pontos de pauta nas agendas da saúde pública, serem alvo de um enorme investimento financeiro, impulsionarem uma enorme produção científica e acadêmica sobre o corpo e o cérebro em suas épocas. Mais similaridades aparecem na medida em que tecnologias de visualização foram essenciais para legitimação de ambas as desordens, sendo que ambas se apoiaram na pesquisa cerebral dos sistemas inibitórios, fortalecendo a interpretação neurofisiológica da patologia mental (CALIMAN, 2010).

A encefalite era considerada por muitos em seu período auge como uma doença misteriosa, estranha, que se impunha como um desafio para o conhecimento neurofisiológico clássico. Os atingidos por ela apresentavam crises extraordinárias e instantâneas, como estados catatônicos, tiques, sintomas característicos da doença de Parkinson, alucinações, obsessões e mais 30 ou 40 outros sintomas vivenciados que, após o término da crise, simplesmente desapareciam (CALIMAN, 2010). A neurofisiologia clássica utilizada no período, que se baseava no estudo dos centros e funções cerebrais e nas gradações entre eles, não conseguia obter respostas para o problema. Outro dilema imposto pelo transtorno para a neurologia da época era que sem o conhecimento da identidade do paciente, era impossível a análise dos sintomas que se manifestavam de modo tão diverso, na medida em que cada indivíduo apresentava um tipo diferente de encefalite (CALIMAN, 2010).

Toda a expectativa e interesse que girava em torno da encefalite não vingaram. Depois de anos de diversas disputas políticas, de controvertidas investigações clínicas e epidemiológicas, o quadro da doença havia mudado tanto que os médicos achavam que estavam estudando outras patologias sob o mesmo nome (CALIMAN, 2010). O interesse político e financeiro por essa doença acabou quando se percebeu que a desordem não se mostrava mais como a promessa científica que permitiria a afirmação da disciplina neurológica. As esperanças ligadas à criação de um tratamento próprio também fracassaram, e a maioria das vítimas da encefalite continuaram a serem tratados por instituições para epiléticos, mentalmente fracos e doentes de Parkinson. Por fim, a doença passou a ser descrita como uma síndrome de origem indeterminada, vinculada obscuramente à fisiologia patológica cerebral.

2.3 A DISFUNÇÃO CEREBRAL MÍNIMA

Em 1947, a categoria que ganhou destaque foi a de lesão cerebral mínima consagrada por Strauss e Lehtinen. Foi a partir dessa condição que crianças exibindo inúmeros comportamentos similares àqueles apresentados pelas vítimas da encefalite, foram consideradas como portadoras de um dano estrutural cerebral que era apenas presumido a partir dos dados clínicos (CYPEL, 2000; McCRACKEN, 2000 *apud* LIMA, 2005, p. 62). Entretanto, como não era possível identificar uma lesão no cérebro que justificasse os distúrbios de comportamento, propôs-se a modificação do nome para Disfunção Cerebral Mínima, também conhecida pela sigla DCM. E foi sob o guarda-chuva impreciso deste termo, que sofreu relativa disseminação no campo médico e entre leigos nos anos 1960 e 1970, que se passou a abrigar crianças com conduta hiperativa, desatenta, antissocial ou com problemas de aprendizagem. Sobre todas elas caía a suspeita ou o desejo de que portassem um mau funcionamento ou imaturidade em seus cérebros, garantindo que seus desvios permanecessem referidos ao registro fiscalista (LIMA, 2005, p. 62).

Para Werner Jr (1997,2001 *apud* LIMA, 2005, p. 63), a rápida aceitação deste diagnóstico, apesar do fracasso em produzir dados concretos que confirmassem qualquer disfunção neurológica real, está conectada ao contexto histórico e social dos EUA da década de 1960. Depois de um período de grande prosperidade econômica do pós-guerra, onde se difundiu o imaginário da “família de comercial de margarina”, típica da ascensão econômica das classes médias norte-americanas, tal ideal entra em crise. Os sinais de desestabilização na família americana começaram a aparecer ligados, sobretudo, ao grande aumento do número de divórcios, de suicídios, ao uso de tranquilizantes (cantado pelos Rolling Stones em *Mother's*

little helper), além do avanço da contracultura e do movimento hippie, que questionavam os valores daquela burguesia ascendente dos anos 1940 e 1950. Como resposta à crise, a classe média exigia uma resposta para os distúrbios de comportamento e para as dificuldades escolares de seus filhos. Com a autorização do discurso científico, o fracasso acadêmico e a “indisciplina” se deslocaram de possíveis matrizes econômicas, sociais, ou familiares e passaram a ser atribuídos a mínimas funções cerebrais. Houve, assim, uma individualização de problemas e mal-estares coletivos, sendo a noção de que havia um déficit cerebral nas crianças uma resposta plausível para aplacar uma série de expectativas frustradas.

Paralelamente, pôde-se observar nesta época uma expansão do mercado de cuidados profissionais ligados à infância voltados para essa categoria diagnóstica, já que a partir da mesma os pais passaram a dispor de uma possibilidade de explicação para as atitudes ou reações desviantes dos filhos. Seria também a partir desta categoria que a escola poderia fornecer explicações coerentes para o fracasso acadêmico dos seus alunos (LIMA, 2005, p.64). A partir dos anos 1960, a DCM patrocinou, no Brasil, a expansão da psicopedagogia, que ajudou a difundir e institucionalizar a concepção de “dificuldades especiais na aprendizagem”, à qual tal diagnóstico comumente vinha associado (PATTO, 1990; WERNER JR., 2001 *apud* LIMA, 2005, p.64). Reduzindo essas dificuldades à dimensão individual, ao excluir da categoria os problemas de aprendizado que se deviam a questões emocionais ou desajustes ambientais, a psicopedagogia oferecia-se como terapêutica, abrangendo aspectos preventivos e reeducativos, enquanto admitia entre seus objetivos o “controle de disciplina” na sala de aula (SILVESTRE, AZZI E FERRAZ, 1975 *apud* LIMA, 2005, p.65).

A DCM foi vista por alguns profissionais como uma categoria diagnóstica imprecisa porque englobava situações clínicas diversas e por vezes discrepantes. As divergências que surgiam através dessa imprecisão e a dificuldade em definir seu substrato neurológico fizeram com que ela fosse paulatinamente sendo substituída por outras noções e por categorias mais descritivas. Foram surgindo novos diagnósticos que abdicavam do uso da expressão “lesão” ou “disfunção” cerebral em sua denominação, mesmo sem dispensar uma postulação etiológica, que geralmente era neurológica, que enfatizavam a sintomatologia mais aparente e marcante (LIMA, 2005, p. 65 e 66).

2.4 DA HIPERATIVIDADE À DESATENÇÃO

Durante esse período começaram a aparecer também movimentos de estreitamento de foco sintomático em torno da hiperatividade, ou seja, o que caracterizava o transtorno nas

descrições psiquiátricas do período era o seu elemento motor: o excesso de movimento e a incapacidade de inibição dos impulsos (CALIMAN, 2010). Em 1957, o transtorno começou a ser descrito como a “síndrome do impulso hipercinético” categoria proposta por Laufer, Denhoff e Salomons (LIMA, 2005, p. 66). Segundo a sua teoria, o tálamo das crianças afetadas não realizava corretamente a tarefa de “filtragem” dos estímulos que chegavam ao sistema nervoso central. Posteriormente, em 1960, um novo diagnóstico surgiu com o nome de “síndrome da criança hiperativa”. Nesse, as crianças acometidas apresentavam atividade motora muito acima do esperado para sua atual faixa etária (LIMA, 2005, p. 66).

Foi durante a década de 1970 que a ênfase diagnóstica se concentrou no sintoma da desatenção, até então pouquíssimo enfatizado. O DSM-III publicado em 1980, considerado um marco sua publicação foi uma ruptura com as classificações que eram até então utilizadas, nele foi renomeado o transtorno para "distúrbio de déficit de atenção (DDA)", que incluía um subtipo com e outro sem hiperatividade. Segundo Diller (1998 *apud* LIMA, 2005 p. 67 e 68) essa nova ênfase acabou por ajudar a diferenciar os sintomas específicos da categoria de outras desordens que também apresentam comportamentos hiperativos, como o autismo e os transtornos de ansiedade. Todavia, o mais importante foi que com essa mudança houve ampliação da abrangência do diagnóstico, já que agora era permitida a inclusão de crianças sem nenhuma hiperatividade, ou seja, crianças tidas como “tranquilas”, mas que não conseguiam manter o foco. Isso teve repercussões inclusive em uma maior inclusão de meninas dentro desta categoria e, sobretudo, de adultos, na medida em que nesses grupos há um predomínio de disfunções atencionais em detrimento de comportamentos hipercinéticos. Foi nesse período que o metilfenidato e os distúrbios da atenção tornaram-se indissociáveis: a detecção do transtorno levará ao medicamento, que se tornou uma via concreta de ação, passando a ampliar deste modo o público-alvo desejoso de remediar mal-estares relacionados a este campo. É aí que entra também a relação deste tipo de conduta com a indústria farmacêutica, desejosa de aumentar seus lucros pelo reconhecimento cada vez maior dos signos de desatenção e hiperatividade pela população em geral (LIMA, 2005, p. 68).

2.5 DSM-III: A CONSOLIDAÇÃO DO TDA/H COMO CATEGORIA CLÍNICA

A partir da revisão da terceira edição do DSM-III (DSM-III-R), em 1987, o distúrbio ganhou sua atual denominação de “transtorno do déficit de atenção/hiperatividade”, como um resultado de críticas a ênfase exagerada que era dada à atenção (LIMA, 2005, p. 68). A quarta edição do DSM (DSM-IV), de 1994, apresenta o transtorno dividido em três subtipos, um

predominantemente desatento, hiperativo/impulsivo e um combinado (LIMA, 2005, p. 68). A Classificação Internacional de Doenças (CID), da organização Mundial da Saúde, mantém ênfase na hiperatividade. A atual edição CID 10, publicada em 1992, o nomeia de “transtorno hipercinético” e justifica a não utilização da expressão “déficit de atenção” alegando que ela “implica um conhecimento de processos psicológicos que ainda não está disponível e sugere a inclusão de crianças ansiosas, preocupadas ou ‘sonhadoras’ apáticas, cujos problemas são provavelmente diferentes” (OMS, 1993, p.256). Apesar das variações nas denominações entre os manuais do CID e do DSM, as descrições da categoria em ambos possuem mais similaridades do que distinções, principalmente na medida em ambas pretendem validar uma categoria diagnóstica homogênea e universalmente aceita.

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A BIOSOCIABILIDADE DO TIPO TDA/H

Neste capítulo serão apresentadas as principais ideias que orientaram as hipóteses deste trabalho sobre o TDA/H como fenômeno de massa e categoria bioidentitária. A partir da teoria de Hacking (1999, 2009) sobre o “efeito de arco” [*looping effect*], foi avaliado o questionamento do quanto o diagnóstico pode guiar, modificar ou produzir certos comportamentos entre os portadores e em seu meio social. Rabinow (1995), com a teoria da “biossociabilidade”, auxilia a pensar os diferentes grupos sobre TDA/H que tendem a unir-se a partir de características biológicas compartilhadas. Por fim, Ortega (2006) aponta o surgimento de uma nova forma de ascese, a “bioascese”. Nela, o cuidado corporal demonstra a desvalorização de objetivos que possuem um caráter coletivo mais amplo, fazendo com que as pessoas passem a ter sua subjetividade intimamente ligada ao corpo. Esses dois últimos autores são peças fundamentais para pensar os novos modos de experiência do eu chamados de “bioidentidades”.

3.1 O EFEITO DE ARCO

O filósofo da ciência canadense Ian Hacking (1999) afirma que nosso mundo é um mundo de classificações. Criar classes de fenômeno é um modo básico que a linguagem humana encontra para lidar com o mundo. Toda atividade científica, por sua vez, também tem origem em um sistema de classificações e opera fundamentalmente através dessas divisões e subdivisões: pensemos, por exemplo, em todos os sistemas taxonômicos existentes na zoologia e na botânica; na distinção fina entre subtipos de minerais, na mineralogia; na distinção entre os elementos da tabela periódica; na divisão dos astros entre planetas, estrelas, planetoides, satélites, na astronomia; e assim por diante. Classifica-se os entes segundo espécies, famílias, classes, filos etc. porque se acredita que há propriedades intrínsecas comuns a cada um desses entes, que os torna passíveis de serem identificados como fazendo parte de conjuntos específicos. Esses conjuntos formam “tipos”, ou seja, entidades pertencentes a um mesmo tipo de fenômeno.

Apesar de a atividade classificatória ser parte de um modo de lidar com o mundo propiciado pela linguagem simbólica humana e fundamental ao exercício de qualquer atividade

científica, Hacking (1999) observará que a atividade de classificar pode ter efeitos muito diversos, dependendo da classe de fenômenos, eventos e elementos classificados. A esse respeito, esse autor introduz uma distinção fundamental entre “tipos indiferentes” e “tipos interativos”.

Os “tipos indiferentes” não interagem com a classificação que recebem. Pensemos no caso das bactérias: esses organismos e o seu comportamento são indiferentes à classificação que possamos ter em relação eles. De modo algum a classificação de uma bactéria segundo uma ou outra subclasse interfere no modo de agir no mundo dos entes classificados. É claro que nós não somos indiferentes às bactérias e que elas interagem continuamente conosco. Entretanto, a sua ação no mundo de modo algum pode ser guiada ou influenciada pelo modo como as descrevemos ou classificamos.

Os “tipos interativos”, por sua vez, se caracterizam justamente por reagir às classificações que lhes são impostas, estando ou não conscientes delas. Seres humanos são “tipos interativos” por excelência, na medida em que, como apontava a filósofa wittgensteiniana Elizabeth Anscombe citada por Hacking, toda ação humana se dá mediante uma descrição, isto é, o modo humano de ação no mundo se dá pelo uso da linguagem, da descrição e classificação dos eventos e fenômenos ao seu redor. Sendo assim, em toda ciência humana, o sistema de classificações em jogo afeta diretamente o modo desses sujeitos se autodescreverem e, conseqüentemente, o seu modo de estar e agir no mundo. Em outras palavras, tipos humanos são tipos interativos, na medida em que a criação de classificações, de tipos, pode influenciar o que é classificado. É nesse sentido que o processo de produção de classificações humanas, típico das ciências humanas, é um processo de “invenção de pessoas” (*making up people*). A esse processo, o autor chama de “nominalismo dinâmico”. Nas próprias palavras de Hacking (2009):

Considere quatro categorias: cavalo, planeta, luva e personalidade múltipla. Seria grotesco sugerir que a única coisa que os cavalos têm em comum é que nós os chamamos de cavalos. Podemos traçar os limites de forma a admitir ou excluir os pôneis Shetland, mas as semelhanças e as diferenças são reais o suficiente. Os planetas servem como um dos exemplos [...]. É possível provar que os céus pareceram diferentes depois que agrupamos a Terra com os outros planetas e excluímos a Lua e o Sol, mas tenho certeza de que pensadores argutos haviam descoberto uma diferença real. Sustento (a maior parte do tempo) que o nominalismo estrito é ininteligível para cavalos e planetas. Como poderiam cavalos e planetas ser tão obedientes a nossas mentes? As luvas são outra história: nós as fabricamos. Não sei o que veio primeiro, o pensamento ou as luvas, mas eles evoluíram juntos. Que o conceito "luva" se encaixe nas luvas tão bem não é uma surpresa; nós as fizemos assim. Minha alegação sobre inventar pessoas é que em alguns aspectos interessantes, as personalidades múltiplas (e muitas outras coisas) são mais como luvas do que como cavalos. A categoria e as pessoas inseridas nela emergiram juntas. (p.123) [...] A alegação do nominalismo dinâmico não é que existia um tipo

de pessoa que veio cada vez mais a ser reconhecido pelos burocratas ou pelos estudiosos da natureza humana, mas sim que um tipo de pessoa passou a existir no mesmo instante em que o próprio tipo estava sendo inventado. Quer dizer, em alguns casos, nossas classificações e nossas classes conspiram para emergir de mãos dadas, uma incitando a outra. (p.122).

Nesses casos de interação, ocorre o que Hacking (1999) intitula de “efeito de arco” [*looping effect*]. O efeito de arco é a espiral que ocorre quando a classificação altera o comportamento de um indivíduo, que, por sua vez, altera o estereótipo da classificação, e assim por diante. É porque os tipos interativos podem interagir com o que é classificado, que a classificação em si pode ser modificada ou substituída. O diagnóstico de TDA/H pode ser considerada uma categoria do tipo interativa. A afirmação de Hacking sobre o distúrbio aponta o funcionamento desse efeito de arco:

Eu não afirmo necessariamente que crianças hiperativas, como indivíduos, por conta própria, tornam-se conscientes de como são classificados e assim reagem a classificação. Claro que pode ocorrer, mas a interação ocorre na maior matriz das instituições e práticas que cercam a classificação. A classificação hiperativa não interage com as crianças simplesmente porque as crianças individualmente ouviram a palavra e mudaram-se em conformidade. Ela interagiu com os que assim foram descritos em instituições e práticas que foram determinadas para classificar crianças como hiperativas (p. 103).

As modificações de comportamento que uma pessoa pode apresentar devido a uma classificação podem ser chamadas de *feedback* positivo, se no caso o indivíduo reforçar e fortalecer os atributos da classificação; ou também podem apresentar um *feedback* negativo, quando o sujeito resiste ao conhecimento ligado à classificação. Assim, um *feedback* positivo tem impacto amplificador aos efeitos de uma classificação, enquanto o negativo tem um efeito supressor.

Há, para Hacking (1999), uma diferença fundamental entre as ciências naturais e as ciências humanas¹⁴: as ciências naturais trabalham com as classificações de tipos indiferentes, enquanto que aquelas utilizadas nas ciências que tem o humano como objeto são tipos interativos. Devido ao efeito de arco, os alvos das ciências humanas estão em movimento: as pessoas que são os objetos das ciências humanas podem interagir ao modo como eles são classificados e repensar-se em conformidade. Portanto, com as classificações, as ciências humanas trazem à vida novas categorias que, por sua vez, fazem emergir novos tipos de pessoas.

¹⁴ A noção de ciência humana utilizada por Hacking é bem ampla e flexível: é ciência humana toda produção científica que se dedica a produzir conhecimentos sobre a natureza humana. Portanto, inclui-se aí não apenas o que chamamos classicamente de ciências humanas e sociais, que estuda os seres humanos de acordo com categorias como gênero, classe, etnia, faixa etária, etc. mas também campos como a medicina, a psicopatologia, as neurociências, a psicologia, a psicanálise e tudo o mais que tenha como interrogação fundamental implícita “o que é o humano?”.

Por esse movimento, inventa-se pessoas para as classificações, e não apenas classificações para as pessoas:

Como poderia um nominalismo dinâmico afetar o conceito da pessoa individual? Uma das respostas diz respeito à possibilidade. Quem somos não é apenas o que fizemos, fazemos e faremos, mas também o que poderíamos ter feito e podemos vir a fazer. Inventar pessoas altera o espaço de possibilidades para se ser uma pessoa. Se a tese nominalista sobre a sexualidade estiver correta, simplesmente não era possível ser um tipo de pessoa heterossexual antes do século dezenove, pois esse tipo de pessoa não estava lá para ser escolhido (p.123). O que é curioso a respeito da ação humana é que, de modo geral, o que estou deliberadamente fazendo depende das possibilidades de descrição. Daí que, se novos modos de descrição passam a existir, novas possibilidades de ação passam a existir em consequência. Isso significa, para mim, que os confins de seu espaço como indivíduo são essencialmente diferentes do que teriam sido, caso essas possibilidades não tivessem vindo a existir (p. 125). O nominalismo dinâmico continua sendo uma doutrina intrigante, afirmando que vários tipos de seres humanos e atos humanos passam a existir junto com nossa invenção dos modos de nomeá-los (p. 130).

Por trás de cada classificação existe uma estrutura que engloba cinco aspectos primários: a classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas (Hacking, 1999). A classificação em si gera os tipos de pessoas, e é formada por indivíduos que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. As instituições confirmam a existência dessa classificação e são um meio de legitimar aquele tipo de pessoas. E é através do conhecimento que se pode decidir quem é doente e quem não é. São os especialistas, por sua vez, que detêm o conhecimento e, portanto, são eles que primeiramente classificam. Tudo isso contribui para a criação de uma verdadeira cultura, que mobiliza discursos, aparatos, instituições, práticas, modos de interagir e de se autodescrever. Um novo espectro de possíveis para as ações humanas no mundo se abre neste processo.

3.2 BIOSOCIABILIDADE

A noção de biossociabilidade tem por objetivo descrever e analisar as novas formas de sociabilidade surgidas da interação do capital com as biotecnologias e a medicina. Francisco Ortega (2003) a define da seguinte maneira:

Biossociabilidade é uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos segundo critérios de agrupamento tradicional como raça, classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, etc. Criam-se novos critérios de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras

higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc. Na biossociabilidade todo um vocabulário médico-fiscalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação ‘quase moral’, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são resignificadas como práticas de saúde. O que alguns autores denominaram de *healthism* ou *santé-isation*, e que pode ser traduzido como a ideologia ou a moralidade da saúde, exprime essa tendência. *Healthism* é a ideologia, a forma que a medicalização adquire na biossociabilidade (p.63). [...] Essas classificações culturais mais antigas serão reunidas num vasto arranjo de novas classificações que irão se sobrepor parcialmente substituir, e eventualmente redefinir as categorias mais antigas de diversas maneiras (p.148).

A concepção de biossociabilidade foi originalmente desenvolvida pelo filósofo norte-americano, bastante influenciado pelo pensamento de Foucault, Paul Rabinow (1995, p. 143) a partir das reflexões produzidas pelo Projeto Genoma. Para ele, a nova genética oriunda do projeto

Será portadora de suas promessas e perigos [...] ela deixará de ser uma metáfora biológica para a sociedade moderna, e se tornará uma rede de circulação de termos de identidade e lugares de restrição, em torno da qual e através da qual surgirá um tipo verdadeiramente novo de ato produção: a biossociabilidade (RABINOW, 1995, p. 143).

Ortega (2003, p.64), por sua vez, afirma que “o autogoverno e a formação de bioidentidades se dão através de toda uma série de recursos reflexivos e de práticas de bioascese¹⁵ (manuais de autoajuda, terapias, *fitness*)”. Assim, a reflexividade apresentada partiria de um processo contínuo de taxaço de informação e peritagem sobre si mesmo, onde a dieta e o *fitness* seriam dois básicos exemplos, já que os alimentos consumidos apontam uma reflexiva seleção e refletem um estilo de vida. Ainda segundo Ortega (2003, p. 65), “a ideologia da saúde e do corpo perfeito nos leva a contemplar as doenças que retorcem a figura humana como sinônimo de fracasso pessoal”. Essa reflexividade descrita aparece como prevenção quando afirmada por Rabinow (1995):

Que é antes de tudo um mapeamento de riscos. Assim, a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas sim das prováveis ocorrências de doenças,

¹⁵ As ascetes clássicas greco-romanas e cristãs, o corpo era submetido a uma dietética que tinha por objetivo a sua superação e transcendência como prova de habilitação para a vida pública, de intimidade com a divindade ou da derrota da nossa condição mortal. Nelas, o corpo possuía sempre um valor simbólico, estava na base da constituição de um self dono de si que, mediante as práticas de ascese corporal e espiritual, legitimava-se para a vida política, atingia um conhecimento de si ou se auto anulava na procura de Deus. Em contrapartida, nas modernas bioascetes e tecnologias do self, o corpo obtém um novo valor. Na sua materialidade sofre um desinvestimento simbólico: já não é o corpo a base do cuidado de si; agora o eu existe só para cuidar do corpo, está a seu serviço. (ORTEGA, 2003)

anomalias, comportamentos saudáveis a serem maximizados. Estamos aos poucos abandonando a antiga vigilância face-a-face de indivíduos e grupos já conhecidos como perigosos ou doentes, e passando a projetar que descontroem e reconstroem o sujeito individual ou grupal, através da identificação de lugares estatisticamente localizáveis em relação a normas e médias (p.145).

A então distinção entre corpo e *self*, a partir das bioascenses, tornou-se obsoleta. Dessa forma, o físico tornou-se um signo cardinal do *self* num nível que acessórios, como moda e cosméticos não alcançam mais. As práticas bioascéticas fundem corpo e mente na formação de uma bioidentidade somática. Isto acaba por produzir um eu que é indissociável do trabalho sobre o corpo, onde antigas dicotomias se tornam desnecessárias e obsoletas, tais como corpo-alma, interioridade-exterioridade, mente-cérebro (ORTEGA, 2003).

Ele não será portador de nenhuma profundidade. Não há absolutamente nenhum sentido em procurar o significado da falta de uma base guanina, porque isso não tem significado algum (Rabinow 1995, p.146).

Para Rabinow (1995, p.147) o avanço das bioidentidades é percebido, principalmente, quando se vê:

A formação de novas identidades e práticas individuais e grupais, surgidas através destas novas verdades. Haverá grupos portadores de neurofibromatose que irão se encontrar para partilhar suas experiências, fazer *lobby* em torno de questões ligadas a suas doenças, educar seus filhos, refazer ambientes familiares, etc.[...] é isto que entendo por biosociabilidade. Nós não estamos falando de algum gene hipotético responsável pela agressão ou pelo altruísmo. Haverá sim, grupos formados em torno do cromossomo 17, locus 16.256, sitio 654.376, alelo com substituição de uma guanina. Esses grupos terão especialistas médicos, laboratórios, histórias, tradições e uma forte intervenção dos agentes protetores para ajudá-los a experimentar, partilhar, intervir e entender seu destino. Ele não será portador de nenhuma profundidade. Não há absolutamente nenhum sentido em procurar o significado da falta de uma base guanina, porque isso não tem significado algum. Mas seremos impelidos a superar nossos destinos através de mais techno-ciência.

Segundo Lowe (2002 *apud* LIMA, 2006, p. 126) nesses modos de “bioativismo”, mesmo que ocorra no campo político ou na sociabilidade via *internet*, os portadores e familiares mostram ter internalizado os ensinamentos dos profissionais e os reproduzem através da troca de informações e da “tomada de controle através do conhecimento”, como advoga um dos endereços eletrônicos. O “conhecimento” sustenta-se pelo reducionismo biológico a fim de esvaziar o sujeito do senso de autoria moral de seus atos, produzindo um ser marcado predominantemente por suas manifestações corporais de atenção e ação. Fazendo assim com que o portador do TDA/H, seja ele uma criança ou um adulto, possa dispor de uma absolvição

neurológica para seu ar distraído, sua busca incessante de novidades e sua incapacidade de planejar o futuro. Segundo Lima (2006):

Agora ele sabe, por exemplo, que seu cérebro utiliza as mudanças como uma medicação estimulante a lhe oferecer uma provisória fonte de concentração. Não precisa mais olhar para seus conflitos íntimos, para suas relações familiares ou sua biografia para entender suas deficiências e potencialidades, estando autorizado a dispensar concepções morais, leigas e psicológicas que só teriam servido para produzir pais culpados, agravar os desvios dos filhos e diminuir a autoestima. Tudo que necessita para se conhecer está logo à mão, na concretude do corpo (p. 126).

Assim, para Lima (2006) é aí que se alcança o auge de um processo onde não há indiferenciação entre ser e aparência:

Não apenas tudo aquilo que se sabia de si passa a ser atribuído a uma disfunção cerebral, mas *ter* um TDA/H dá lugar a *ser* um TDA/H. A única interioridade da qual ainda cabe falar não tem qualquer sentido metafórico ou simbólico, mas refere-se concretamente aos lobos pré-frontais ou aos genes que controlam a produção de neurotransmissores. Neles, encontra-se a garantia e o sentido da existência de quem conta com pouco mais que o próprio corpo para se guiar no mundo (p. 126 e 127).

Esse processo bioidentitário mostra-se claramente no caso do TDA/H, este “parece estar emergindo (em países como o Brasil) ou já se estabelecendo (como nos EUA) como entidade privilegiada a oferecer uma ‘bioidentidade patológica’ a milhares de pessoas” (LIMA, 2006, p. 116). Já são bastante numerosos grupos que promovem e estimulam a biossociabilidade no campo do TDA/H, geralmente formados por portadores, pais e especialistas. Eles são construídos na concepção fisicalista do transtorno e podem ser exemplos da “dissolução da categoria social” de Rabinow. Nestes lugares eles são incentivados trocar experiências e suporte mútuo, como uma forma de diminuir o ar negativo que cerca o diagnóstico. Nos grupos um vocabulário próprio sobre o distúrbio mostrar-se e é a partir dele que se define o modo como se fala sobre o manejo do distúrbio e que se constrói a compreensão de si mesmos ou de seus filhos. Essa biossociabilidade proporcionada por essas comunidades é vinculada por uma extensa propagação de jornais, revistas, páginas eletrônicas, grupos em redes sociais, e fóruns, onde os participantes podem ampliar seu conhecimento, discutem e se mobilizam sobre os direitos como familiares e portadores de um déficit. “A identificação com o TDA/H e o ingresso em sua comunidade pode ter o significado de uma nova gênese pessoal” (LIMA, 2006, p. 124).

CAPÍTULO 4

COMO É SER UM TDA/H? RELATOS EM PRIMEIRA PESSOA

Neste quarto capítulo, para melhor estudar as particularidades desta construção bioidentitária, buscou-se apresentar depoimentos em primeira pessoa e relatos clínicos achados na literatura especializada e na *internet*¹⁶ de como pais de crianças hiperativas/desatentas e adultos considerados portadores do transtorno têm descrito as próprias experiências ou a de seus filhos através da ótica oferecida pelo TDA/H, e como têm organizado formas de sociabilidade em torno desde diagnóstico.

O campo de estudo e trabalho do transtorno tem como foco principal as crianças, já que é na infância que os primeiros sinais se apresentam. Entre os profissionais na área, há certo consenso sobre as diversas consequências negativas comuns à criança com TDA/H. Assim, há uma recomendação do diagnóstico o mais precoce possível para minimizar tais consequências. Para as crianças do tipo hiperativo sua inquietude tende a ser motivo causador de discórdia no âmbito familiar, sendo constantemente acusadas de irresponsáveis e pouco esforçadas. No caso daquelas que são predominantemente desatentas, as queixas podem ser similares, porém atribuídas ao comportamento “desligado”, que ocasiona esquecimentos e procrastinações de atividades diárias, além de dificuldades para acompanhar a turma no campo escolar. Acredita-se que essas crianças com TDA/H possam sofrer uma maior rejeição por parte de seus colegas, pois, devido ao seu comportamento hiperativo e/ou impulsivo, tendem a provocar brigas frequentes, falar em excesso, interromper brincadeiras, além de derrubar objetos e perder brinquedos. Toda uma tipologia humana é, então, criada a partir das características oferecidas por esse diagnóstico, que servirá de chave-explicativa para uma série de conflitos e dificuldades pessoais, remontando retrospectivamente à primeira infância:

Começou na escola infantil com *nove meses* e desde então começaram as queixas. Escalava o berço, saía do carrinho, chorava muito. No play tirava os brinquedos dos coleguinhas, tinha ataque de birra, se jogava. Enfim, eu pisava na escola e já vinha a fila de crianças pra contar as proezas do meu filho (API, 2016. Grifo nosso)¹⁷.

¹⁶ Os depoimentos e relatos neste capítulo foram obtidos através das páginas da internet dos grupos voltadas ao TDA/H: Associação de Pais Inspirare, Associação Brasileira do Déficit de Atenção e Universo TDA/H nas categorias de relatos abertos ao amplo público e em blogs individuais.

¹⁷ Disponível em: <http://www.associacaoinspirare.com.br/conteudo-de/cassia-licerre/>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

Durante a vida adulta, a inconstância costuma ser uma marca atribuída ao sujeito portador de TDA/H. Características como instabilidade afetiva, instabilidade profissional, falta de organização, recusa a rotinas são sinais frequentes da impulsividade, que nessa fase ganha destaque na sintomatologia do TDA/H. A desatenção mostra-se através de perdas, esquecimentos, descuidos importantes e extrema desorganização, que acabam por fazê-los péssimos estrategistas a médio e longo prazo. O diagnóstico promove uma redescritção de si, sendo o significante TDA/H o núcleo organizador de uma narrativa que fornece ao sujeito explicações para as suas interrogações e vias de ação no mundo:

Tenho 37 anos, e somente a pouco mais de um ano fui diagnosticada com TDA/H. A vida inteira me julgavam por "viver no mundo da lua", impossível pedir pra eu dar um recado, um aviso pra alguém. Esqueço-me de dar remédio para os meus filhos, não consigo ler um livro ou assistir um filme até o final, tudo me dispersa, não presto atenção no que as pessoas falam além de interrompê-las sempre, já mudei de profissão muitas vezes, não por ser uma má profissional, mas por eu ter uma necessidade enorme de mudança. Quando vou escrever um texto, assim como esse eu tenho que reler algumas vezes porque sempre tem palavras e letras trocadas. As pessoas falam que a minha sorte é que os trabalhos que eu escolho eu não coloco a vida de ninguém em risco. Isso é triste. Eu sou muito boa pra lidar com "coisas" que exijam criatividade, mas não com pessoas. Quando falo, às vezes troco a ordem das palavras e as pessoas até acham graça, me sinto incapaz de fazer coisas tão bobas do dia a dia, me esqueço de tudo, pareço irresponsável, mas sei que não é isso, é mais forte que eu... Preciso acertar um medicamento urgente e lembrar-me de tomar... (ABDA, 2016) ¹⁸.

É a esse tipo de formulação que os próximos subcapítulos se dedicam, para mostrar, a partir de relatos em primeira pessoa, como opera concretamente o efeito de arco e as construções de bioidentidades. Afinal de contas, nossa hipótese, apoiada na obra de uma série de autores, é de que a psiquiatria contemporânea não apenas fabrica diagnósticos para as pessoas, mas também pessoas para seus diagnósticos. É todo um modo de compreender a si e ao mundo que se instaura a partir do momento em que incorporamos em nosso cotidiano as narrativas propostas pelo saber psicopatológico da atualidade, especialmente em se tratando de categorias extremamente populares, como o TDA/H.

4.1 CRIANÇAS TDA/H: RELAÇÃO FAMILIAR

Uma das características da “cultura TDA/H” é o fato de ela começar na primeira infância. Crianças a que os pais atribuíam grande agitação e energia, que se apresentavam como

¹⁸ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

muito levadas ou estabanadas, passam a ser redescritas como hiperativas e impulsivas. Os adjetivos típicos do vocabulário da moral leiga passam a se fundir com vocabulários técnicos, gerados por especialistas, ressignificando experiências anteriores:

Desde que Isabela nasceu percebo que ela é mais "agitada" que as outras crianças. Lembro-me perfeitamente da dificuldade em colocá-la pra dormir. Se outras crianças dormem cansadas após um dia no parque, piscina ou outras atividades, Isabela permanece "acesa", sempre em busca de mais atividades (ABDA, 2016) ¹⁹.

Minha história com meu filho começou quando comecei a observar certos comportamentos nele que julguei estarem "fora do padrão" e que me fizeram buscar respostas. Apesar de toda criança pequena possuir muita energia, ele a possuía "por demais"; era desatento, estabanado. Vivia se machucando: com dois anos e meio em uma sequência de três meses, sofreu uma palatoplastia, uma fratura da tíbia e uma queda da bicicleta que me deixou completamente apavorada. Mesmo sendo pequeno, não tinha menor noção do perigo (ABDA, 2016) ²⁰.

Mas é na escola, onde o contato com os outros se intensifica, e onde surgem novas demandas de performance e de comportamento, que o vocabulário oferecido pelo TDA/H se torna mais pertinente e a ganha mais visibilidade. Pois é na escola que a falta de atenção se destaca, somada em determinados casos à hiperatividade/impulsividade. O resultado disso muitas vezes é o fracasso escolar. Na contemporaneidade, com a hiperexposição das narrativas oferecidas pela cultura TDA/H, esse fracasso escolar é frequentemente entendido e explicado como um problema de performance individual, associado a esse transtorno mental infantil. Pedagogos e professores se tornam grandes promotores dessa cultura:

Desde que nasceu o Raphael me parecia uma criança diferente. Muito agitado, impaciente, ansioso, ou seja, terrível. Na idade escolar tivemos muitos problemas, fui chamada inúmeras vezes na escola para tratar de assunto referente ao seu comportamento. Aos 10 anos, fui chamada na escola pela coordenadora pedagógica para falar sobre o caso do Raphael. A princípio ela disse que era para eu procurar um médico, pois ele era uma criança hiperativa (ABDA, 2016) ²¹.

O diagnóstico transforma a vida daqueles envolvidos, assim como o contexto em que eles estão inseridos. Em seus estudos Brzozowski e Caponi (2009) apontaram que um diagnóstico de TDA/H é uma porta de entrada para um procedimento padronizado e institucionalizado, e que por isso pode ser considerado uma classificação oficial. O diagnóstico de ter um transtorno mental traz grandes implicações para a criança no que tange a teia narrativa

¹⁹ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=6>. Acesso em: 21 de Out 2016.

²⁰ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=20>. Acesso em: 21 de Out 2016.

²¹ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=9>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

que a circunda e as ações que daí decorrem. A partir do diagnóstico, qualquer comportamento inesperado da criança passa a ser justificado pelo transtorno mental que ela apresenta, as atitudes das pessoas ao seu redor se modificam em função do diagnóstico e das características consideradas como advindas do transtorno.

Essa mudança afeta a criança com TDA/H, fazendo com que ela mesma se veja de uma forma diferente, e dessa maneira ocorre o “efeito de arco”, tal como desenvolvido conceitualmente por Ian Hacking (1999). Sugere-se, então, que a maior parte das crianças com TDA/H acaba por apresentar um *feedback* positivo frente ao modo de vivenciar a sua condição e a maneira como a família e a escola passam a tratá-la após o diagnóstico. Alguns autores, a partir de estudos empíricos, apontam como esse acontecimento acaba por reforçar certas características da descrição do transtorno, podendo fazer com que a criança se perceba como doente e aja como tal, na medida em que determinadas vias de ação no mundo foram enfatizadas e descritas. Segundo Brzozowski & Caponi (2009), por exemplo, ser diagnosticado com TDA/H leva a uma mudança de comportamento, não só nos diagnosticados, como também em toda a sua rede social, que acaba também por influenciar esse indivíduo, e assim por diante. O que sugere esse efeito de arco com *feedback* positivo é a aceitação e o reforço das características pelas quais foi feito o diagnóstico, que devem então ser tratadas para que o meio volte à normalidade.

Esse diagnóstico influencia em inúmeras decisões que a família e profissionais da educação irão tomar. Como o efeito de arco envolve unidades amplas, tais quais a família e a escola, mesmo em situações em que crianças foram diagnosticadas com TDA/H antes de terem condições de entender o seu significado, ele se apresenta. Na escola, as mudanças se dão, principalmente, na forma de perceber os estudantes. A criança deixa de ser vista como “bagunceira”, “da pá virada”, “peralta” e passa a ser considerada como portadora de um transtorno mental, por exemplo. Novas medidas educativas e familiares passam a ser tomadas devido à sua condição médica.

A maioria das mães relata que elas se tornam as principais responsáveis pelo cuidado com o filho “problemático”. Em geral, a primeira pessoa que sente as consequências do diagnóstico é a mãe. Se antes do diagnóstico, a maioria dessas mães sofria demais com os comportamentos dos filhos, sem saber como lidar com tal situação, o diagnóstico ocupa frequentemente o lugar de apaziguador. Ele fornece uma explicação, uma narrativa, para algo que antes não tinha nome. Ao mesmo tempo, o diagnóstico oferece vias de ação, construídas por especialistas que sabem lidar com tal problema. Nesse aspecto, buscar informações para compreender melhor o transtorno auxilia a suportar melhor a situação.

Quando articulo a frase “O TDA/H em minha vida” falo porque esse é um transtorno que atinge a todos na família e não apenas ao seu portador. Quando ele entrou em nossas vidas através da minha filha Luísa que contava com sete anos de idade foi algo que deixou a todos nós, eu, meu marido e meu filho perplexos e sem compreender o que verdadeiramente se passava com ela. Iniciou-se então uma corrida desenfreada atrás de uma luz, ou de recursos, que não existiam aqui em minha cidade. Ao saber de alguém com caso de TDA/H na família ia em busca de auxílio, mas o contrário ocorria, era eu quem auxiliava, pois sempre pesquisei muito sobre o assunto, principalmente no site da ABDA, que traz matérias muito interessantes e esclarecedoras (API, 2016)²².

Ao mesmo tempo em que oferece uma narrativa que dá sentido ao que acontece com “crianças problema”, oferecendo vias de ação, é curioso notar que o TDA/H é utilizado como estratégia de desestigmatização e desresponsabilização. Ao tornar o transtorno como equivalente a uma patologia neurodesenvolvimental, como o faz a psiquiatria contemporânea, e oferecer essas descrições para a sociedade, temos um efeito de distanciamento com relação à atribuição de agência moral aos atos do sujeito. Troca-se de bom grado a culpa e a responsabilidade pela ideia de que o que está em jogo é um transtorno mental (o que talvez introduza, por outra via, uma reestigmatização):

Descobri que ele [o meu filho] tem TDA/H aos nove anos, fiquei muito triste o meu mundo caiu, **eu achava que era culpada por tudo que estava acontecendo com ele. Não tinha apoio do pai e até hoje sou cobrada**, ele fala que sou eu que invento essas coisas que isso não existe, mas não é ele que passa os momentos difíceis com meu filho. Na hora das tarefas por falta de atenção concentração, e às vezes ele ficava nervoso por não conseguir realizar a tarefa. Reclamação da escola pelas professoras e diretoras. **Muitas pessoas falam que é falta de apanhar ou limite.** (ABDA, 2016, grifo nosso)²³.

Meu Deus, este menino aprontou! Fui chamada ao colégio, a professora dele tremia, ela disse que ele se pendurou no pescoço de uma imagem de Nossa Senhora, que ele abria o portãozinho da sala e sumia da sala, perturbava as amiguinhas etc... Nesta hora eu quase chorei, eu não tinha força para nada e, ela ao ver minha situação resolveu que não ia sair, mas me ajudar. Surgiu uma oportunidade e, mudei-me para a capital. Quando fui matriculá-lo no colégio, adiantaram ele por causa da idade. Meu Deus, como senti-me culpada, ele esqueceu tudo o que aprendeu na outra escola, quando eu ia ensinar as tarefas, eu sentia dor nos ombros e pescoço, então comprei alguns brinquedos educativos (só que ele não gostava) até que ele reaprendeu tudo (ABDA, 2016)²⁴.

Essa última peculiaridade será explorada de modo mais aprofundado em breve, no item 4.3. Mas antes é importante nos determos na relação entre TDA/H e escola.

²² Disponível em: <http://www.associacaoinspirare.com.br/conteudo-de/o-tdah-em-minha-vida/>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

²³ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

²⁴ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=5>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

4.2 CRIANÇAS TDA/H E O DESEMPENHO ESCOLAR

Como já foi mencionado, a escola tem um papel central no diagnóstico de uma criança TDA/H. A maioria dos pais narra que o processo até chegar ao diagnóstico inicia-se a partir de queixas na escola, começando com bilhetes recorrentes na agenda escolar e, em casos extremos, até a expulsão.

Desde pequeno [o meu filho] sempre foi bastante agitado, briguento. **Depois que foi para a escola, os problemas de fato começaram ali. Muitas reclamações na escola, muitas, quase todas as semanas.** Eu acreditava que era pelo fato do pai ser agitado e nervoso, pensava que meu filho estaria somente copiando a personalidade do pai. No entanto, com o passar dos anos, aquilo tudo ficou bem mais frequente e as reclamações das professoras mais sérias. De tanto a diretora da escola me cobrar uma atitude, comecei a levá-lo na psicóloga da escola, algo que não surtiu muito efeito, pois ela lidava mais com a questão educacional, coisa que ele nunca teve problema. Por não ter resolvido nada, a escola acabou me convidando a retirar meu filho de lá. Assim, eu o fiz. [...] A [nova] escola logo na primeira semana me chamou e disse que meu filho tinha algo de diferente, pois não conseguia ficar quieto, calado, não conseguia concluir os deveres, acompanhar a professora e demais coleguinhas, e parecia que ele estava a ponto de explodir a qualquer momento, de tão nervoso. Assim, **como a psicopedagoga da escola era minha conhecida de muitos anos, me disse que meu filho apresentava sintomas de algum tipo de transtorno e me orientou a procurar uma psicóloga e psiquiatra o mais breve possível** (ABDA, 2016, grifo nosso)²⁵.

Tenho filhos gêmeos TDA/H, isso mesmo os dois são TDA/H. Eu descobri quando eles tinham seis anos de idade quando os professores reclamavam e chamavam na escola sempre, eram inquietos e não prestavam atenção na aula, não deixavam seus amigos de sala estudarem, era simplesmente uma tortura, ninguém queria ficar perto deles, ouvia piadinhas de mães que falavam que meus filhos precisavam era de corretivos, que eram mimados (ABDA, 2016)²⁶.

Por isso, este é um tema recorrente no campo da educação, diversos artigos são produzidos com a narrativa de pais, pacientes e professores sobre como o transtorno impacta as vidas dos portadores e dos seus familiares, além de apresentar as concepções desenvolvidas no meio escolar para lidar com a questão. Segundo Pereira (2013), o diagnóstico de TDA/H tornou-se corriqueiro no ambiente escolar, na medida em que os critérios presentes no DSM podem misturar-se ao comportamento de qualquer criança, que somado à vasta divulgação do transtorno veiculada pela mídia e internet faz com que os professores acabem por apropriar-se dessa lógica diagnóstica simplificada. Isto instaura uma lógica em que os professores se tornam

²⁵ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=2>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

²⁶ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=15>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

os primeiros a suspeitar de estudantes que apresentam alguma diferença e direcionam o encaminhamento aos médicos, depositando esperanças no estabelecimento do diagnóstico.

Antes de ir para a escola não dava para perceber muita coisa, percebia que era uma criança agitada, mas eu achava normal. Depois que ele começou a ir para a escola, as professoras começaram a reclamar (BELTRAME, SOUZA, NASCIMENTO, SANDRINI, 2015, p. 560).

No geral, os comportamentos dos estudantes que ganham exacerbada preocupação para os docentes são aqueles tidos como agitados: dificuldade dos alunos para manterem o foco em tarefas cotidianas, posturas desleixadas, desorganizadas e de baixa produção. A noção de aprendizagem é, portanto, descrita como estritamente vinculada à realização de tarefas: se não produz, não corresponde às expectativas e requer solução urgente. A dificuldade de controlar o comportamento contrasta com a postura idealizada do sistema de ensino tradicional. O aluno que não corresponde às expectativas da escola tende a ser trabalhado para se ajustar, adaptar:

Gente, não se entendia. Não fazia, não tinha nada, não tinha sequência... Quem olhasse aquilo ia pensar: ‘Meu Deus! Que será que fazem naquela.... Naquela turma, naquela série, com aquela professora?’ (LANDSKRON; SPERB, 2008, p. 160).

[...] A classe dele, a cadeira dele nunca ficava no lugar [...] aquele caderno dele, às vezes, estava virado pra ele, às vezes estava pro lado [...] a mochila nunca estava do lado da cadeira dele, ela estava pelo meio do corredor... (LANDSKRON; SPERB, 2008, p. 161).

Quando os educadores são questionados sobre o seu conhecimento do transtorno, as descrições obtidas revelam que as informações sobre ele se restringem aos sintomas característicos; já as explicações para o comportamento desajustado curiosamente são atribuídas a fatores psicossociais, com menções a conflitos familiares e a dificuldade dos pais na imposição de limites. Mesmo que o TDA/H seja dito por eles como um transtorno orgânico, as referências a essas questões limitam-se às justificativas sobre a necessidade de medicação, como uma recomendação médica e por seus efeitos positivos. Para vários professores, o medicamento auxilia no processo do ensino-aprendizagem, sendo o recurso necessário para o alcance do resultado esperado. Entretanto, grande parte dos professores colocam mais questões comportamentais dos estudantes que são medicados do que os aspectos ligados ao desempenho cognitivo (LANDSKRON; SPERB, 2008, p. 161). Tudo se passa como se o medicamento fosse um auxiliar na disciplina necessária para que a aula se desenvolva sem grandes interrupções, sem que muita agitação. Talvez essa seja a razão pela qual alguns setores críticos à superutilização de psicoestimulantes em idade escolar tenham apelidado esses remédios de “drogas da obediência”.

Quando ele toma o remédio, ele fica bem mais tranquilo, ajuda bastante na rotina da sala de aula, porque eu consigo dividir a atenção com as outras crianças, porque tem dias que eu fico só por conta dele. Ele também consegue ficar mais tempo realizando uma atividade, mas as notas ainda são baixas (PEREIRA, 2013, p. 25).

A minha aluna faz o uso de medicação sim e o que eu vejo é que ela fica mais tranquila, sua capacidade de concentração melhora, não preciso chamar a atenção dela várias vezes, para ela prestar atenção no que eu falo, ela fica menos agitada, no recreio mesmo, ela consegue brincar de forma não tão agressiva (PEREIRA, 2013, p. 25).

Uma vez que essas crianças são diagnosticadas, segundo Pereira (2003), uma das consequências mais intensas dentro do ambiente escolar é fazer os alunos perderem suas singularidades, tornando-se um “bloco” formado pelos alunos que têm TDA/H, ou um “tipo”, como desenvolvemos no capítulo anterior a partir das ideias de Hacking. Sua capacidade e possibilidades de aprendizagem se tornam delimitadas e balizadas pelo laudo médico, sendo algo comum escutar: “a criança com TDA/H age assim, aprende assim, é assim”. O lugar da subjetividade e da singularidade de cada um desaparece no contexto escolar e o nome próprio do sujeito cede lugar para uma sigla diagnóstica com quatro letras.

Quanto às colocações dos jovens portadores de TDA/H sobre a experiência com a medicação, elas revelam que, nem sempre é perceptível uma melhora na atenção devido ao medicamento. Talvez grande parte das demandas não seja realmente isso. Para eles, a consequência de maior destaque está na mudança no comportamento, onde ações hiperativas e/ou impulsivas tornam-se menos frequentes e, por isso, ocasionando uma diminuição da cobrança escolar. Portanto, a narrativa do TDA/H oferece para o ambiente escolar, por um lado, uma explicação para uma série de comportamentos com os quais os educadores tem muita dificuldade em lidar, que perturbam o ambiente escolar. Estes comportamentos geralmente envolvem indisciplina, agitação, barulho, falta de concentração, dispersão, enfim, tudo aquilo que parece ir contra as ideias da escola típica, criada, segundo Foucault (1972), de acordo com técnicas de “docilização dos corpos” típicas de sociedades disciplinares: alunos sentados, enfileirados, prestando atenção durante longos períodos ao que o mestre ensina, fazendo de forma aplicada todas as lições que lhe são passadas, interiorizando informações e conteúdos.

4.3 A IMPORTÂNCIA DO NOMEAR: DESRESPONSABILIZAÇÃO E/OU DESESTIGMATIZAÇÃO.

Um ponto comum que aparece frequentemente nos discursos que narram o processo diagnóstico de TDA/H é o quanto a descoberta de um signo que consegue justificar os problemas ocorridos pela desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade é capaz de acalmar e confortar os portadores ou seus pais, afinal ele pode anular características negativas que eram até então relacionadas ao caráter e à responsabilidade moral pelos próprios atos.

Quando a situação ficou insuportável fomos chamados pela escola e nos sugeriram que não estaríamos colocando os limites necessários ao nosso filho. Nesta época, nós já nos sentíamos consumidos pela culpa, pois achávamos que não sabíamos educar e cuidar adequadamente dele, por sermos inexperientes e também não faltava quem apontasse isto, como o motivo das atitudes mal-educadas dele. Aos seis anos de idade, resolvemos novamente buscar outra sugestão da escola, que nos orientou a consultar um neuropediatra. A partir desta consulta, nossos horizontes foram se ampliando, **havia uma explicação para aquela "tempestade" sobre nossas vidas, finalmente nosso ideal de família poderia ser reconstruído, pois agora sabíamos que havia uma resposta para tal comportamento, não era porque não soubemos educá-lo com limites**, apesar de sempre nos esforçarmos para tal, **não éramos fracassados como pais**, simplesmente ele não conseguia absorver o que ensinávamos, porque ele não conseguia prestar atenção nas regras, tanto de convívio social quanto aquelas previamente combinadas com ele. Ele não dava conta de enxergar como o mundo funcionava (ABDA, 2016, grifo nosso) ²⁷.

Os portadores do transtorno muitas vezes chamados de “mal-educados”, “preguiçosos”, de “bagunceiros” e “desligados”, agora percebem que isto na verdade é consequência de um problema neurobiológico, com bases genéticas, que se manifestam no curso do desenvolvimento, na interação com o ambiente. Não se tratava de uma escolha, ou de uma falha de caráter, mas de algo enraizado em nossos corpos e cérebros. A identidade do TDA/H passa a ser um produto do corpo físico:

Esquecemos por querer? Procrastinamos por opção? Não. Por algum curto circuito em nosso cérebro o que deveríamos lembrar é substituído por outra coisa; ou simplesmente desaparece de nossa mente. **Que culpa temos disso? Nenhuma, somos vítima de nossos cérebros imperfeitos como os cardíacos são de seus corações doentes; ou os diabéticos de seus pâncreas que não produzem insulina. Nosso cérebro falha; e ponto final!** Não é distração, desimportância, irresponsabilidade, cretinice, infantilidade.... Nada disso, nosso cérebro é doente e falha. Não temos culpa (SCHUBERT, 2016, grifo nosso) ²⁸.

²⁷ Disponível em: <http://tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=40>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

²⁸ Disponível em: <http://www.tdah-reconstruindoavida.com.br/2015/06/tdah-voce-acredita-na-sua-doenca.html>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

Durante toda a vida esses portadores foram apontados como irresponsáveis, desequilibrados, desinteressados. Entrar em contato com um signo que forneça um novo olhar, sustentado por todo um discurso científico, acaba por produzir um novo sentido para diversas situações vividas. A culpa acaba por dissolver-se.

Fico muito feliz em saber que tudo que ouvi na minha infância e, ainda hoje ouço, não é fruto apenas de minha irresponsabilidade, falta de compromisso e que eu não ia dar para prestar. Tudo faz parte de um transtorno do qual não tenho culpa em tê-lo e que nem mesmo sabia que o tinha. Levei muita surra por não conseguir ter o controle do tempo para começar e encerrar minhas atividades na hora certa... Levei muitas surras por não ter controle de meus impulsos e somente depois de agir, pensar... Levei muita surra por não conseguir ficar "quieto" na sala de aula e em nenhum outro lugar... Estou farto de ouvir as pessoas dizerem que sou indesejável em reuniões por sempre estar interferindo a fala dos outros! Não me lembro de já ter levado um projeto até o fim! (ABDA, 2016) ²⁹

Eu tenho 35 anos e há apenas poucos anos descobri que tenho TDA/H, devo dizer que fiquei feliz com a descoberta, pois isso explicou porque eu sou tão diferente da grande maioria de pessoas. Desde que me entendo como gente, eu vivo no mundo da lua, sempre fantasiando uma porção de coisas, na escola meu desempenho era de médio para ruim, apenas nas matérias que me despertavam interesse eu era boa, aí se podia dizer que eu era a melhor, mas no geral, eu ficava no meu canto, apenas viajando em meus pensamentos, em matérias de cálculos eu me saía muito mal, não porque eu não entendesse a matéria, mas porque a falta de atenção fazia com que eu não acertasse os cálculos, ao longo da vida eu já fui rotulada de muitas coisas, burra, preguiçosa, pelo simples fato que não consigo prestar atenção em uma simples conversa um pouco mais longa, eu sempre perco a piada, pois nem chego a escuta-la, fora o fato que não conseguia terminar nenhum curso, pois meu desinteresse ocorria muito rapidamente (ABDA, 2016) ³⁰.

[...] E hoje com 37 anos, eu finalmente consegui! Até aqui ganhei vários outros títulos. Na infância me formei em AVOADA com direito a carteirinha do mundo da lua, e assim fui crescendo e ganhando meus títulos: DE DESLEIXADA; DE DESORGANIZADA; DE BURRA; DE PREGUIÇOSA; DE GORDA BULÍMICA; DE DEPRESSIVA; DE DOIDA; DE IRRESPONSÁVEL; DE VAGABUNDA; DE CÍNICA; DE MENTIROSA; DE DESCONTROLADA; DE FALSA; DE OVELHA NEGRA; e de várias outras qualificações. E hoje, finalmente eu sou uma TDA/H... Ufa.... Isso me parece bem mais leve! (ABDA, 2016, grifo do autor) ³¹.

Dentre as particularidades do TDA/H na vida adulta, podemos observar as diversas colocações sobre seu impacto na vida amorosa dos portadores do transtorno, principalmente na vida conjugal. Considera-se comum, por exemplo, que um TDA/H se case mais de uma vez. Por outro lado, certas características comuns aos portadores do diagnóstico consideradas como

²⁹ Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=7>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

³⁰ Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/historias-reais.html>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

³¹ Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=10>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

sintomas incluem desde a provocação de constantes discussões e até os frequentes términos de relacionamento. Assim, o TDA/H pode ter a função de justificar determinados comportamentos explosivos, dificuldades de manter relações duradouras e até mesmo um maior índice de promiscuidade.

O TDA/H também serve como narrativa explicativa para algumas das queixas mais frequentes em relacionamentos amorosos: o comportamento individualista de um dos parceiros. No caso de portadores de TDA/H, tudo isso se encaixaria nos sintomas de impulsividade e distrações a estímulos exteriores. A interação destas duas características é vinculada à dificuldade de prestar atenção ao parceiro, já que os sujeitos com TDA/H estariam sempre distraídos com seus devaneios.

Outras dificuldades impostas pelo TDA/H a um relacionamento a dois, incluem a desorganização, a tendência a vícios, a instabilidade de humor e a necessidade de estímulo constante. Justificam-se essas características, não pela responsabilidade moral, pela possibilidade de escolha, ou pelo tipo de caráter envolvido, mas pelo fato de que o cérebro de quem tem TDA/H vive num ritmo alucinante e estão sempre em busca de coisas novas, desafios e fortes emoções. Trata-se de um deslocamento importante com relação à percepção de si e das relações que se estabelece com o outro. Vejamos o exemplo abaixo:

Durante muito tempo sofri com a desatenção e os esquecimentos do meu marido. Durante a gravidez, quando eu fiquei completamente fora do ar e deixei de lado muitas das minhas tarefas habituais, era ainda pior. Ele se esquecia das coisas que precisavam ser feitas ou simplesmente nem enxergava a necessidade de fazê-las (como podar o pé de maracujá do quintal, que cresceu tanto que alcançou a metade do terreno e tomou todo o muro. Ou quando eu pedia que ele as fizesse, não era raro que ele se distraísse e deixasse a tarefa inacabada (como nas várias vezes em que ele começou a estender a roupa e deixou tudo pela metade, eu encontrei todas esturricadas lá fora, dias e dias depois. Sorte que era época de seca se fosse e chuva tinha mofado tudinho). O problema principal era que eu tinha que resolver praticamente tudo. E quando delegava algumas para ele fazer, precisava ficar cobrando o tempo todo. Sem contar com as milhares de vezes em que ele perdeu a carteira, as chaves, o cartão do banco, a certidão de casamento, etc. Só para exemplificar, ele já se esqueceu de fechar o portão da garagem uma vez que foi viajar de madrugada, também deixando a porta destrancada e a luz de fora acessa (só faltou à plaquinha: venham ladrões!), já teve que cancelar cartão porque tinha perdido (e depois encontrou no meio dos cheques), esquece praticamente tudo que eu peço pra ele fazer (e aí eu tenho que ligar para lembrar) e se distrai facilmente no meio das nossas conversas, mesmo que estejamos discutindo (THATY, 2016)³².

³² Disponível em: <http://entrefraldaselivros.blogspot.com.br/2010/11/tdah-em-adultos-e-sua-influencia-no.html>. Acesso em: 21 de Out.2016.

Toda essa inconstância ganha todo um novo significado após o diagnóstico, todos os problemas do parceiro passam a ser influência do transtorno e o tratamento é visto como aquele que possui a capacidade de salvar o casamento.

Acontece que não me conformei e continuei buscando uma resposta e uma solução para o meu problema, que estava destruindo o meu casamento. E eis que descobrimos que o meu marido tem TDA/H. Eu já achava que ele tinha isso mesmo, algumas pistas me indicavam este caminho, como ele dizer que era impossível quando criança e o fato dele se distrair demais, inclusive durante algumas conversas. Não consegue completar as tarefas porque qualquer outro estímulo tira o foco de sua atenção e ele esquece completamente do que estava fazendo antes. Também vivem perdendo coisas (THATY, 2016) ³³.

Como mãe e como esposa, o conhecimento do distúrbio foi fundamental em minha vida. **O diagnóstico do meu marido salvou nosso casamento. Algumas coisas que eu não tolerava mais, que me pareciam dispersão, descaso, preguiça, irresponsabilidade, egoísmo, foram identificados como problemas decorrentes do TDA/H. A partir daí comecei a colaborar no seu tratamento e meu comportamento com relação a ele mudou:** passei a ajudá-lo e respeitá-lo, sentindo-me menos culpada pela raiva que muitas vezes sentia do seu comportamento.

Essa descoberta, na verdade, foi a grande libertação de uma série de culpas em todos os sentidos e uma oportunidade de reeducação em nossas relações (UNIVERSO TDA/H, 2016, grifo nosso) ³⁴.

4.4 VISIBILIDADE MIDIÁTICA

No caso dos adultos e de alguns pais de portadores do transtorno é comum que o processo diagnóstico do TDA/H seja iniciado quando o portador conhece o transtorno através das diversas informações disponíveis em diferentes mídias sobre o transtorno. Uma de nossas hipóteses é de que a hiperexposição midiática é um fator fundamental para a criação de uma “cultura TDA/H”. Os sintomas e as dificuldades narradas acabam por causar uma identificação imediata, expressões como “é a minha vida sendo narrada ali” são bem comuns. Isso costuma produzir um arrebatamento e uma adesão acalorada.

Tive conhecimento desta doença DDA, através de informações e elementos obtidos por relatos de pessoas doentes e através de revistas, livros, sites específicos. Quanto mais eu lia e conseguia relatos de pessoas que sofrem deste mal, mais certeza tinha. Então diante de fatos contrários acumulados ao longo da vida, me fez concluir que eu poderia ser DDA, então busquei ajuda (UNIVERSO TDA/H, 2016) ³⁵.

³³ Disponível em: <http://entrefraldaselivros.blogspot.com.br/2010/11/tdah-em-adultos-e-sua-influencia-no.html>. Acesso em: 21 de Out.2016.

³⁴ Disponível em: <http://www.universotdah.com.br/auto-estima-totalmente-comprometida.html>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

³⁵ Disponível em: <http://www.universotdah.com.br/antes-tarde-do-que-nunca.html>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

Aos 29 anos descobri que tenho TDA/H e estou muito feliz por essa descoberta! As pessoas falavam diretamente comigo, olho no olho e eu me pegava pensando em outra coisa completamente paralela ao assunto, e quando a conversa terminava, adivinha.... Não tinha ideia do conteúdo da conversa. Até que fui pesquisar e encontrei a ABDA. Li sobre o conteúdo procurei uma neuropediatra, pois na minha região, era a única que cuidava de TDA/H. Ela mudou a minha vida! Medicou-me e hoje me sinto outra pessoa. Completamente disposta, muito atenta a tudo, estou com uma memória que nunca pensei que existisse em mim! Tudo é diferente. Descobri depois de adulta, que um problema que nasci com ele, foi me atrapalhar depois de muitos anos. E sorte que é apenas o TDA/H! (ABDA, 2016) ³⁶.

Essas pessoas adquirem contato com o transtorno através dos diversos materiais disponíveis através da mídia leiga como jornais, programas de televisão, livros, revistas e sites na internet. Grande parte desse material é difundido por grandes nomes especialistas da área, que buscam através desse trabalho aumentar o conhecimento da população sobre o transtorno. Um grande nome do campo que auxilia na difusão do transtorno é o psiquiatra Dr. Paulo Mattos, Coordenador do GEDA (Grupo de estudo do Déficit de Atenção do IPUB-UFRJ) e um dos fundadores da Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Ele já participou de diversas entrevistas na televisão, em programas com alta audiência, e também é autor de um dos livros de divulgação do assunto para o público leigo, intitulado de “No mundo da Lua”. A importância de especialistas nesse processo identificatório é fundamental, como narra uma pessoa que se viu identificada às características do TDA/H a partir de uma entrevista com Paulo Mattos (cujo nome ela não se lembrava):

Mas o pontapé para eu descobrir o diagnóstico foi através de uma entrevista que assisti na Marília Gabriela sobre o assunto, que até então era desconhecido. Não me recordo o nome do médico, mas o médico relatava na entrevista os sintomas e parecia que estava falando de mim e para mim (ABDA, 2016) ³⁷.

Outra especialista extremamente popular no campo é a Dr^a Ana Beatriz Barbosa Silva que é atual presidenta da AEDDA (Associação dos Estudos do Distúrbio do Déficit de Atenção), localizada em São Paulo. Ela relata ter o diagnóstico de TDA/H (descoberto aos dezenove anos a partir de uma conferência em um congresso de psiquiatria) e em 2003 lançou um livro que abordava esse tema direcionado para o público leigo, sob o nome “Mentes Inquietas” (SILVA, 2008). Em 2015, segundo matéria do *site* G1 de jornalismo, esse livro já havia vendido 1.5 milhão de cópias, revelando-se como um sucesso estrondoso de vendas de livros de não ficção, um dos títulos mais vendidos no Brasil na última década. A psiquiatra

³⁶ Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=2>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

³⁷ Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=10>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

também realiza palestras, conferências, consultorias e frequenta com bastante assiduidade os mais diversos meios de comunicação para divulgar informações sobre o transtorno e outros temas abordados em seus livros. O sucesso bombástico desse seu primeiro *best seller* reverberou na clínica brasileira dessa condição. Inúmeros são os relatos de adultos que descobriram a existência da categoria e se identificaram com ela a partir da leitura do “Mentes Inquietas” (2003), ou do contato com o material de divulgação midiático que envolve esse livro:

Lendo uma revista Veja antiga **deparei-me com uma entrevista da Dra. Ana Beatriz; e ela falava de mim, da minha vida, do meu comportamento, da minha alma.** Eu estava na sala de espera de um advogado e sequer me lembro do que tratei com ele. Saí dali a mil por hora e mergulhei na internet, no livro “Mentes Inquietas” e em 24 horas estava no consultório (SCHUBERT, 2016, grifo nosso) ³⁸.

Estava com minha vida estagnada até que comecei a ler o livro Mentes Inquietas.... Identifiquei-me com o conteúdo do livro e, além disso, pude perceber que ele explicava tudo que foi a minha infância. Levei a questão ao meu Neurologista/psiquiatra e juntos começamos um processo investigativo. E em setembro de 2012 veio o diagnóstico de TDA/H (ABDA, 2016, grifo nosso) ³⁹.

Um dia tive a oportunidade de ter acesso a um livro chamado "Mentes Inquietas", esse livro acabou sendo um marco para mim. De repente eu comecei a ler uma história que parecia ser a reprodução da minha. Toda angústia vivida durante todos esses anos, toda sensação de baixa autoestima, e de se sentir deslocada e diferente das outras pessoas. A criança irrequieta, atrapalhada, avoada, esquecida, desorganizada, impulsiva que se transformou numa adulta inquieta, avoada, criativa, avoada, impulsiva, desorganizada, irresponsável, atrapalhada, esquecida, tinha um nome, uma identidade, um motivo de ser assim (ABDA, 2016, grifo nosso) ⁴⁰.

Sites interessantes sobre esse campo também podem ser desenvolvidos por especialistas do transtorno. Um exemplo é o Universo TDA/H, criado pela psicóloga Cleide Heloisa Partel. O site informativo fala sobre TDA/H em crianças, adolescentes e adultos, sobre o que é o transtorno, causas, consequências, comorbidades, possui artigos e perguntas frequentes. Cleide Partel trabalhava como psicóloga clínica, quando ela se descobriu como portadora de TDA/H no final dos anos 90, e segundo a mesma sentiu o mesmo que Edward Hallowell: “Então é isso que eu tenho! ”. Após a descoberta, aprofundou-se nos estudos do transtorno, tornando-se especialista em TDA/H e suas comorbidades “tendo sempre como objetivo o domínio sobre as características do TDA/H, o resgate do equilíbrio, da autoestima” (Partel, 2016).

³⁸ Disponível em: <http://www.tdah-reconstruindoavida.com.br/2014/07/o-tdah-e-familia.html>. Acesso em: 21 de Out. de 2016.

³⁹ Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/historias-reais.html?page=2>. Acesso em: 21 de Out. 2016.

⁴⁰ Disponível em: http://www.tdah.org.br/component/k2/item/869-depoimento_de_Maria_Aparecida_de_Jesus.html. Acesso em: 21 de Out. 2016.

Outra forma bem comum de divulgação do TDA/H é através de relatos pessoais de portadores do distúrbio através de blogs ou vídeo blogs. Um desses exemplos é o canal on-line “TDA/H descomplicado” criado em setembro de 2015 e que possui 45 vídeos, e 1684 pessoas inscritas, além de uma página de uma rede social vinculada com 20654 curtidas. Ele foi desenvolvido por um portador e seu objetivo é fornecer o testemunho do dia-a-dia de um portador para pais, amigos dos portadores de TDA/H, para professores, pedagogos e profissionais da medicina e psicologia.

Como se pode ver, o TDA/H não é algo cujo interesse se restringe a especialistas. Muito pelo contrário, ele oferece uma narrativa que apaixona as massas, o público leigo, ávido por tais descrições e soluções propagandeadas. Assim como o que aconteceu com outras categorias psicopatológicas, o TDA/H é uma linguagem de fácil adesão, que fala de tensões típicas da contemporaneidade. Daí o extremo sucesso que faz na mídia e, em parte, a explosão epidemiológica dessa categoria, bem como o do uso associado de medicação psicoestimulante.

4.5 BIOATIVISMO

As diversas comunidades formadas por portadores de TDA/H e seus familiares são evidências nesse campo da biossociabilidade de que nos fala Rabinow (1999). Esses grupos são construídos para ampliar o acesso à informações da categoria, com vistas a aumentar os direitos e a aceitação aos portadores. Cria-se em torno do diagnóstico um bioativismo e uma biomilitância:

A partir deste evento comecei a estudar tudo que podia sobre o assunto. Minha Monografia de conclusão do Curso de Psicanálise foi sobre os danos causados pelas atitudes equivocadas no trato com o portador do TDA/H e síndromes concomitantes. Filiei-me à ABDA, pedi para trabalhar no programa de adolescente de Brasília, fiz os treinamentos no adolecentro e me tornei uma batalhadora na luta pelo diagnóstico precoce e tratamento público de qualidade para os portadores de TDA/H. Sou mãe de três filhos, todos portadores do TDA/H e transtorno de humor, visto que o pai e a mãe também o são, com um agravante pois o pai apresenta também transtorno de humor. Só após quase 10 anos depois do início do tratamento dos meus filhos e meu, o pai concordou em se tratar. A mudança na família a partir desta decisão foi sem precedentes. Minha maior felicidade é hoje ser mãe de três filhos universitários, se formando com 25, 21 e 19 anos (ABDA, 2016)⁴¹.

Os grupos funcionam como um apaziguador de angústias que geralmente surgem a partir do diagnóstico. Os próprios membros orientam-se sobre as inseguranças quanto ao uso

⁴¹ Disponível em: <http://www.anda.net.br/br/historias-reais.html?page=60>. Acesso em: 21 de Out 2016.

de medicamentos, de direito escolares, compartilham experiências pessoais do surgimento dos primeiros sinais problemáticos até o diagnóstico e de problemas e dificuldades vividas que podem ser creditadas ao transtorno. Eles também debatem e refletem sobre diferentes métodos que podem ser usados para diminuir as barreiras formadas pelo transtorno.

Ver esses depoimentos já de início me impulsionou muito a procurar um tratamento e a voltar a sonhar com projetos inacabados, coisas que eu me achava incapaz de fazer. **Estou muito feliz, porque vejo que através de cada depoimento dado aqui eu também posso superar o TDA/H e ser também uma vencedora. Obrigada a todos pela humildade de relatar suas experiências com TDA/H, sem dúvidas me ajudou muito.** Creio que logo eu estarei aqui dando o meu testemunho de superação (ABDA, 2016, grifo nosso) ⁴².

Alguns desses grupos ampliaram-se de pequenas comunidades de familiares e portadores para organizações maiores e mais estabelecidas que estão ganhando um caráter mais político na sua tentativa de alcançar mais direitos e reconhecimento para os portadores desse transtorno. Entre essas organizações maiores está a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), que foi fundada em 1999. Ela possui como objetivo “disseminar informações sobre o TDA/H, além de oferecer suporte aos portadores do transtorno e aos familiares através de grupos de apoio, resposta a e-mails e postagens de conteúdos do site” (ABDA, 2016). Ela possui um site que pode ser considerado referência nacional na web sobre o tema, já que sua média é de 200 mil visitas mensais. O canal de vídeos da organização feito em novembro de 2009 possui 46 vídeos, 5162 inscritos e os vídeos possuem um acumulado de 631771 visualizações. Ainda sobre a ampliação e divulgação de informações e o conhecimento sobre o transtorno a associação promove eventos para profissionais de diversas áreas para oferecer capacitação na identificação da desordem, no diagnóstico e tratamento correto. Dentre os eventos organizados pela ABDA pode-se citar: Congresso Internacional bianual, Simpósio para médicos (pediatras, neurologistas e psiquiatras, entre outros), Curso de Capacitação para Professores e Educadores (rede pública e privada), Curso de Capacitação para Psicólogos.

No campo político a ABDA auxiliou na produção da PL 7081/10 que “dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade”, o principal objetivo da PL é garantir que o poder público desenvolva e mantenha um programa de acompanhamento integral para educandos com dislexia e TDA/H ou qualquer outro transtorno de aprendizagem.

Por acompanhamento integral entende-se a identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional a rede de ensino, bem

⁴² Disponível em: <http://www.tdah.org.br/historias-reais.html>. Acesso em: 21 de Out 2016.

como apoio terapêutico especializado na rede de saúde. Quanto às escolas da Educação Básica tanto da rede pública quanto da privada, devem garantir o cuidado e a proteção ao educando visando seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social. Além disso, deve-se garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação, inclusive com relação aos encaminhamentos possíveis para atendimento multissetorial, formação continuada objetivando capacitá-los para a identificação precoce dos sinais relacionados aos transtornos de aprendizagem ou do TDA/H, bem como para o atendimento educacional escolar desses educandos (Brasil, 2010).

Outra organização que pode ser citada como um grupo promotor de biossociabilidade é a Associação de Pais Inspirare. A API é uma entidade sem fins lucrativos, localizada na cidade de São Paulo, ela busca “levar a informação, dar orientação, promover o conhecimento e apontar os recursos disponíveis para as famílias que tenham crianças/adolescentes/adultos com autismo, Dislexia ou TDA/H” (API, 2016). Ela foi criada através da colaboração entre mães de filhos com, principalmente, esses três transtornos. Ela oferece grupos de apoio, intercâmbio entre as políticas públicas e sociais entre os associados, seja no âmbito da área social, educacional, esporte e lazer ou da saúde, intervindo na possibilidade de medidas de proteção, que podem culminar na efetivação dos seus direitos. Sua atuação nas redes sociais é a partir da participação de, aproximadamente, trezentos e vinte grupos relacionados aos TDA/H, dislexia, autismo, deficiência, educação, pedagogia, direitos, maternidade, saúde e etc... Seus membros são moderadores de quatro páginas no facebook, além de serem fundadores de certos grupos e moderadores de outros 16 grupos, neles somam-se em média 61 mil membros. Seu site possui uma média de 2500 acessos por mês. Entre as diversas atividades produzidas pela associação, está uma publicação de um artigo em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria que mirava esclarecer sobre as indicações do uso do metilfenidato para o tratamento do TDA/H como uma forma de esclarecer as dúvidas, os receios e angústias de pais dos portadores. O artigo foi intitulado como “A importância da Ritalina no tratamento medicamentoso do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade”.

CONCLUSÃO

Este projeto analisou as construções bioidentitárias desenvolvidas a partir do diagnóstico de TDA/H, avaliando quais são os diferentes fatores que interferem e influenciam essas construções. A partir dos relatos encontrados pela pesquisa foram avaliados os parâmetros que orientam as conformações identitárias dos portadores e dos meios em que eles influenciam, seja o familiar, o escolar e dos especialistas do campo.

Inicialmente foi trabalhada a abordagem médica do TDA/H por sua importância no país, a fim de compreender o contexto nacional do mesmo. Em seguida, houve a necessidade de traçar o histórico do transtorno, pois a categoria tem um histórico controverso rico em contradições e divergências, tornando-o uma interessante ferramenta para compreender como a visão médica, especialista e popular foi transformando-se ao longo do tempo. Por fim, através de depoimentos em primeira pessoa e relatos clínicos pesquisados na literatura sobre o tema e na *internet*, buscou-se apreender como pais de crianças/adolescentes hiperativo-desatentas e adultos têm descrito as próprias experiências através do viés oferecido pelo TDA/H, e suas organizações biossociais.

Com as declarações encontradas na literatura especialista e na *internet* pôde-se observar que após o diagnóstico, modificações ou produções de certos comportamentos começaram a ocorrer, além de todo um novo olhar sobre si mesmo, e do seu caráter, numa resignificação de diversas ações ou atitudes agora sob o signo do transtorno. O diagnóstico também se mostra determinante no ambiente escolar; é lá que os primeiros sinais mais marcantes do transtorno se tornam problemas. Posteriormente é também lá que os sinais de melhora com o tratamento são medidos.

Com o diagnóstico aqueles que antes eram considerados “mal-educados”, “preguiçosos”, “bagunceiros” e “desligados” agora são portadores de um problema neurobiológico, eliminando a possibilidade de escolha, anulando a afirmação de falha de caráter, delimitando-se a uma questão corporal, principalmente cerebral. Coloca-se, assim, a identidade como um produto do corpo físico. O TDA/H, portanto, acaba por produzir uma desestigmatização e desresponsabilização ao colocar um novo olhar as “crianças problema”, na medida em que promove um distanciamento das questões morais no comportamento do indivíduo. Assim, a descoberta do signo TDA/H possui a capacidade de acalmar e conformar os portadores ou seus familiares. Nossa hipótese é de que isso explica parte do seu sucesso estrondoso como categoria diagnóstica.

Em inúmeros casos de adultos e de alguns pais de portadores do transtorno, o processo para o diagnóstico inicia-se quando se entra em contato com as diversas informações disponíveis em diferentes mídias. A ampla quantidade de materiais disponíveis através da mídia leiga como jornais, programas de televisão, livros, revistas e sites na internet são em grande parte difundida por grandes nomes de especialistas da área que buscam através do seu trabalho aumentar a difusão do conhecimento da população sobre o transtorno. A hiperexposição midiática pode ser um fator fundamental para a “cultura TDA/H”. Os sintomas e as dificuldades narradas acabam por causar uma identificação imediata, expressões como “é a minha vida sendo narrada ali” são bem comuns. Isso costuma produzir um arrebatamento e uma adesão acalorada.

As comunidades de portadores de TDA/H e seus familiares, e as diversas formas de divulgação dos especialistas são as formas biossociais que ampliam a categoria ao meio social leigo. Assim, cada vez mais diagnósticos estão tornando-se possíveis num processo de identificação imediata com as descrições dos sintomas comuns do transtorno e de relatos de outros portadores. Essas associações estão ampliando-se e tornando-se importantes modos de associação política ganhando caráter oficial, transformando o diagnóstico em bioativismo.

Portanto, a compreensão sobre como ocorre a interação do diagnóstico com o portador pode ser percebida nas diferentes construções sociais e, principalmente, nos diferentes processos de identificação que aparecem nas falas sobre o transtorno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>> Acesso em: 26 de Set. 2016.

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **A Importância Da Ritalina No Tratamento Medicamentoso Do Transtorno Do Déficit De Atenção/Hiperatividade.** Disponível em: <<http://www.associacaoinspirare.com.br/abp-2/>>. Acesso em: 08 de Out. 2016.

API-ASSOCIAÇÃO DE PAIS INSPIRARE. Disponível em: <<http://www.associacaoinspirare.com.br/>>. Acesso em: 08 de Set. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais 5.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALBUQUERQUE, Pedro B.; OLIVEIRA, Célia G. **Diversidade de Resultados no Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** Teoria e Pesquisa, v. 25, p. 093-102, Jan-Mar 2009.

BARROS, Denise Borges. **Os Usos E Sentidos Do Metilfenidato: Experiências Entre O Tratamento E O Aprimoramento Da Atenção.** Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro, Centro Biomédico, Instituto De Medicina Social. Rio De Janeiro, 2014.

BELTRAME, Rudinei Luiz; SOUZA, Simone Vieira de; NASCIMENTO, Deise Maria do; SANDRINI, Paulo Roberto. **Ouvindo Crianças Sobre Sentidos e Significados Atribuídos ao TDA/H.** Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 19, p.557-565, Setembro/Dezembro de 2015.

BRASIL, **Projeto de Lei 7081 de 2010.** Disponível: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=472404>>. Acesso em: 11 de Ago. 2016.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, p.1165-1187, 2009.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOZOWSKI, Jerzy André; CAPONI, Sandra. **Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 14, n. 35, p. 891-904, 2010.

CALIMAN, Luciana Vieira. **Notas Sobre A História Oficial Do Transtorno Do Déficit De Atenção/Hiperatividade TDA/H.** Psicologia Ciência e Profissão, v. 30, p.45-61, 2010.

CALIMAN, Luciana Vieira; DOMITROVIC, Nathalia. **Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, p. 879-902, 2013.

COLUCCI, Cláudia. **Psiquiatra, best-seller e “TDAzíssima”**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1001201001.htm>>. Acesso em: 21 de Dez. 2016.

CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. **Paulo Mattos**. Disponível em: <<http://www.cbpbp.org.br/hotsite/paulo-mattos/>>. Acesso em: 03 de Out. 2016.

CORREA FILHO, A. G.; ROHDE, L. A. **Árvore de decisão terapêutica do uso de psicofármacos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e comorbidades em crianças**. *Infanto*, v. 6, n. 2, p. 83-91, 1998.

E BIOGRAFIA. **Biografia e Vida, Ana Beatriz Barbosa Silva, psiquiatra brasileira**. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/ana_beatriz_barbosa_silva/>. Acesso em: 03 de Out. 2016.

ENTRE Fraldas e Livros. **TDAH em adultos e sua influência no casamento**. Disponível em: <<http://entrefraldaselivros.blogspot.com.br/2010/11/tdah-em-adultos-e-sua-influencia-no.html>>. Acesso em: 21 de Set. 2016.

FRANCO, Vanessa Ayrão; MATTOS, Paulo; SERRA, Maria Antônia; SOUZA, Isabella. **Comorbidade Em Crianças E Adolescentes Com Transtorno Do Déficit De Atenção. Resultados preliminares**. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 59, p.401-40, 2001.

G1 PETROLINA. **Desatenção e indisciplina podem ser indícios de TDA/H, diz psiquiatra**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pe/petrolina-regiao/noticia/2015/10/desatencao-e-indisciplina-podem-ser-indicios-de-tdah-diz-psiquiatra.html>>. Acesso em: 03 de Out. 2016.

HACKING, Ian. **Ontologia Histórica**. São Leopoldo, Editora Unisinos, (1982) 2009.

_____. **The Social Construction Of What?** Harvard University Press Cambridge, Massachusetts And London, England. 1999.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Psychotropic Substances: Statistics for 2013, Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements**. 2015. Disponível em: <https://www.incb.org/incb/en/psychotropic-substances/technical_reports/technical_reports-index.html>. Acesso em: 08 de Ago. 2016.

LANDSKRON, Lílian Marx Flor; SPERB, Tania Mara. **Narrativas de professoras sobre o TDA/H: um estudo de caso coletivo**. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, v. 12, p.153-167, Janeiro/Junho 2008.

LIMA, Rosano Cabral. **Somos Todos Desatentos? O TDA/H E A Construção Das Bioidentidades**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2005.

NEHER, Clarissa. **Aumento de 800% no consumo de Ritalina alerta especialistas**. *Ciência e Tecnologia, DW.DE*, 14 de Ago. 2014. Disponível em: <<http://www.dw.de/aumento-de-800-no-consumo-de-ritalina-alerta-especialistas/a-17853115>>. Acesso em: 06 de Jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CÍD-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORTEGA, Francisco. **Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades.** Cadernos saúde coletiva, Rio De Janeiro, v.11, p.59-77, 2003.

PARTEL, Cleide Heloisa. **Universo TDA/H.** Disponível em: <<http://www.universotdah.com.br>>. Acesso em: 26 de Set. 2016.

PASSOS, Cláudia F. **A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas.** Interface– Comunicação. Saúde e Educação, v. 14, n. 34, p. 165-182, 2010.

PEREIRA, JOSY BORGES GULLO RAMOS. **A Concepção De Professores Sobre A Medicalização Em Alunos Com Os Supostos Transtornos De Déficit De Atenção E Hiperatividade.** Universidade De Brasília, Faculdade De Educação, Brasília, Março 2013.

POLANCZYK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto; ROHDE, Genário; TRAMONTINA, Silzá. **Transtorno De Déficit De Atenção/Hiperatividade.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, p.7-11, 2000.

RABINOW, Paul. **Artificialidade e iluminismo - da sociobiologia à biosociabilidade.** In: Rabinow, Paul. Antropologia da razão. Rio de janeiro, Editora UFRJ, p. 135-157, 1995.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização.** Jornal de Pediatria, v. 80, n. 2, 2004.

ROHDE, Luis Augusto *et al.* **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, p. 07-11, 2000.

SCHUBERT, Alexandre C. **TDA/H: Você Acredita Na Sua Doença?** Disponível em: <<http://www.tdah-reconstruindoavida.com.br/2015/06/tdah-voce-acredita-na-sua-doenca.html>> Acesso em: 28 de Set. 2016.

_____. **O TDA/H E A Família.** Disponível em: <<http://www.tdah-reconstruindoavida.com.br/2014/07/o-tdah-e-familia.html>>. Acesso em: 28 de Set. 2016.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Biografia.** Disponível em: <http://draanabeatriz.com.br/?page_id=43>. Acesso em: 03 de Out. 2016.

_____. **Mentes Inquietas: TDA/H: desatenção, hiperatividade e impulsividade.** Objetiva, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, IGS *et al.* **A versão brasileira do “Children’s Interview for Psychiatric Syndromes” (ChIPS).** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 58, p. 115-18, 2009.

SOUZA, Isabella *et al.* **Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares.** Arq Neuropsiquiatr, v. 59, n. 2-B, p. 401-6, 2001.

TDA/H DESCOMPLICADO. Disponível: < <https://www.youtube.com/channel/UC13pbBstPZJNgLlFX4VzCwA/about>>. Acesso: 14 de Out. 2016.

THATY. **TDA/H em adultos e sua influência no casamento.** Disponível em: <<http://entrefraldaselivros.blogspot.com.br/2010/11/tdah-em-adultos-e-sua-influencia-no.html>>. Acesso em: 26 de Set. 2016.