

# **A MEDICALIZAÇÃO ESCOLAR – EPIDEMIA DE NOSSO TEMPO: O CONCEITO DE TDAH EM DEBATE**

Cláudia Rodrigues de Freitas – UFRGS

## **PRÓLOGO**

O processo de “Medicalização da vida” vem tomando visibilidade intensa e sendo motivo de discussões e pesquisas nos mais variados campos, além de definir-se como fonte de preocupação de pesquisadores em diversas universidades. A Medicalização invade todos os espaços do viver, e nas instituições escolares também observamos dispositivos anunciando processos semelhantes.

O conceito de medicalização vem tomando várias vertentes e sendo estudado por muitos pesquisadores. O que chamo aqui de medicalização toma conforto nas indicações de Angelucci e Sousa (2010), em que a medicalização não é apenas o ato em si de prescrever medicação, mas podemos pensá-la também como engrenagem, como máquina da medicina transformando a vida em objeto. Esses autores referem-se à medicalização afirmando ser: “o processo de conferir uma aparência de problema de Saúde a questões de outra natureza, geralmente de natureza social” (ibid, p. 9).

A escola vem produzindo discursos que identificam um número expressivo de crianças com diagnósticos variados e, endossados pelo discurso médico, estes identificam problemas da vida contemporânea (tristeza, cansaço, agitação, etc.) a conceitos médicos como depressão, bipolaridade, transtorno obsessivo compulsivo, TDAH entre outros.

Nas últimas três décadas a proposição do diagnóstico de TDAH tem tomado intensamente o espaço escolar como primeiro alerta e a indicação deste diagnóstico. Mesmo as crianças ainda em idade de Educação Infantil já têm sido encaminhadas aos consultórios com um olhar de suspeita da escola sobre a sua “hiperatividade”. Os modos de ser e viver das crianças no espaço escolar passaram a ser referidos como evidência de suposto desvio, muitas vezes associado ao TDAH.

As controvérsias em torno deste diagnóstico são apontadas no texto convidando todos a olhar e escutar a criança em seu campo de construção social amplo. Como refere Baptista, a escola anseia por um processo de reinvenção em que:

o potencial de modificabilidade que existe em todas as pessoas, a compreensão de que nos constituímos em situações que devem ser contextualizadas historicamente, e, portanto, o verbo "estar" parece sempre mais potente para descrever nosso interlocutor (e a nós mesmos) do que o "ser". Somos transitoriedade, modificamo-nos continuamente. (Baptista, 2007, p.40)

Tendo as palavras de Baptista, justifico como necessário e urgente olhar com preocupação para os rumos que vão sendo inferidos nos últimos anos com relação ao diagnóstico e sobre os propósitos da medicação. Caliman (2008a-2008b-2009-2010) faz referências às motivações pelas quais os sujeitos estariam sendo avaliados e medicados e o existir de “controvérsias pelos profissionais mais importantes do campo da neuroética, das ciências humanas e sociais” (CALIMAN, 2008a, p. 3) quanto à forma e intensidade que isso vem acontecendo.

As questões mais tensas em relação a este diagnóstico se mostram ligadas à etiologia e tratamento. Nenhum destes dois dados deveriam ser preocupações da escola, mas o olhar escolar parece repousar neste ponto. No entanto, enquanto essas discussões se fazem no mundo acadêmico, milhares de crianças seguem sendo detectadas com este suposto transtorno na escola e encaminhadas aos consultórios médicos dando evidências de um diagnóstico em situação de epidemia.

Em entrevista ao jornal The New York Times, o professor de psiquiatria James Swanson - Florida International University, enfaticamente refere: "Não há possibilidade que um em cada cinco meninos do ensino médio tenha TDAH"<sup>1</sup>. (The New York Times, 31 de março, 2013). A entrevista é dada quando se discute a possibilidade de 11% das crianças americanas terem TDAH.

Esta, assim como outras evidências, dá pistas de um diagnóstico tomando a dimensão de epidemia. Chamo de “epidemia”, pois se mostra em incidência crescente, em curto período de tempo, de grande número de casos.

Foucault (1994) refere-se ao século XVIII como o período no qual se iniciou a constituição da *medicina das epidemias* constituindo a ideia de doença:

Não é de espantar que, apesar da grande diversidade das pessoas atingidas, de suas disposições e de suas idades, a doença nelas se apresenta com os mesmos sintomas... A transmissão de um indivíduo a outro não é, em caso algum, a essência da epidemia... Mas o contágio é apenas uma modalidade do fato da epidemia... A epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. (FOUCAULT, 1994, p. 25-27).

Pelo referido, insisto que o TDAH, tendo atingido um número intenso e crescente de crianças a receber o diagnóstico, passa a se constituir como epidemia (FERNÁNDEZ, 2012; CALIMAN, 2006; TALLIS, 2006; MAYER, 2007; ITABORAHY, 2009, ROSE, 2007; MOYSÉS, 2008A).

---

<sup>1</sup> Tradução livre. No Original: “There’s no way that one in five high-school boys has A.D.H.D.,” said James Swanson, o professor of psychiatry at Florida International University” (acesso em 08-04-2013).

Não há novidade alguma no relato sobre crianças descritas como tendo TDAH. As próprias pesquisas no campo médico referem-se a elas em textos com um percurso, o qual já remonta há mais de cem anos (ROHDE E MATTOS, 2003; FACION, 2007; BARKLEY, 2008). O discurso médico invade a escola tomando os espaços vazios.

## **NO CAMPO DA ESCOLA ENCONTRO LUÍS<sup>2</sup>**

As evidências nas práticas do cotidiano trazem à vista Luís, de seis anos, aluno de uma escola infantil do município de Porto Alegre, referido como tendo um comportamento difícil: não escutava a professora, não aprendia... Batia nos colegas e não possuía vínculo com a escola. Iniciou atendimento comigo em Sala de Recursos e facilmente estabelecemos uma conexão.

Em um de nossos primeiros encontros pedi que desenhasse uma pessoa aprendendo. Conforme ia desenhando, íamos travando uma conversa sobre o andamento de sua produção. Ele deu um nome e várias referências relacionadas à personagem. Contou se tratar de um menino “grande” aprendendo a lutar caratê. Quem ensina? “Eu mesmo”, revelou Luís.

Seguimos nossos encontros e ele passou a desenvolver laços de aprendizagem comigo. Em movimento de desdobramento, foram mudando as relações com a escola. Passou a usar a palavra para travar pequenos conflitos antes resolvidos através da força física.

Luís, após minha intervenção, estabeleceu vínculo de aprendiz com a professora, cujo nome, antes, ele não sabia, do mesmo modo como não sabia o dos colegas. Os sinais de agressividade e descompasso nas atividades escolares minimizaram de forma significativa, possibilitando o seu aprender nas aulas. No pátio da escola, nas relações do cotidiano, nas festas, observei que demonstrava sintonia com os demais e provocava na professora um retorno positivo.

A história, no entanto, não é linear. Os desencontros de olhares sobre o mesmo sujeito provocam ruídos e dissonâncias perigosas. Luís aguardava uma consulta com um neurologista há um ano. Durante o recesso dos atendimentos, em julho, foi chamado para a consulta. Quando ele e a mãe retornaram ao atendimento, já trouxeram a listagem de marcações do acompanhamento médico e a mãe me comunicou sobre o início da medicação controlada. Retomei com a escola o ocorrido; tanto os professores quanto a direção informaram que não sabiam do acontecido, mas também não se posicionaram a respeito.

---

<sup>2</sup> Nome fictício, assim como todos os nomes neste texto.

A história de Luís não é um fato isolado. Encontro com frequência esse distanciamento entre o médico que recebe a criança e os demais espaços institucionais frequentados por ela. Apesar da recomendação, nos artigos e livros da área médica, de ampla investigação da vida da criança, poucas vezes vejo esse critério ser levado a sério. No cotidiano, nas práticas, tenho observado diagnósticos médicos apressados, os quais raramente consultam a escola ou o terapeuta da criança, simplesmente emitindo o resultado de sua análise e receitando a medicação no isolamento do seu consultório.

A cultura da medicação reconhece sinais e sintomas, esquecendo o sujeito, num movimento configurado como um “biologismo extremo que não dá valor algum à complexidade dos processos subjetivos do ser humano” (UNTOIGLICH, 2006, p. 63). Os diagnósticos médicos seguem mantendo um enorme grau de importância dentro da escola. Assim, qualquer discussão abordando pontos de conexão em torno da “ideia” de TDAH não poderá ignorar as pesquisas em andamento nos âmbitos da Neurologia, da Genética e da Psiquiatria.

## **DISCURSOS**

Volto o olhar para o referencial médico por meio de um levantamento bibliográfico sobre o que vem sendo escrito/descrito nas pesquisas médicas acerca do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)<sup>3</sup>. Procuro circunscrever pontos que, a partir do olhar da educação, parecem insuficientes para a definição do “rótulo” de TDAH.

Essa temática se faz necessária, na medida em que encontramos a escola ainda presa a pressupostos médicos, sem perceber seu próprio campo de saber como sendo fundamental quando falamos de ensinagens e aprendizagens.

## **A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UMA SÍNDROME**

Inúmeros artigos hoje recorrem aos registros do médico alemão Heinrich Hoffman<sup>4</sup> (1854), quando afirmam que a “hiperatividade” não é algo novo. Outra referência muito usada é a evocada por Rohde, Halpern (2004) e Barkley (2008), onde a primeira descrição do transtorno teria sido feita em um jornal

---

<sup>3</sup> Barkley (2008, p.15) refere-se a esse termo como “rótulo diagnóstico”. Passo a me propor ao menos um estranhamento ao termo, já que falamos de sujeitos distintos e constituídos nas relações e, deste modo, engendrados e constituídos de forma singular, distantes da ideia de “rótulos”.

<sup>4</sup> História escrita por Heinrich Hoffman, no livro *Der Struwwelpeter*, 1845. É bom lembrar que essa história foi produzida por um pai que escreve para seu filho. A importância aqui está nas referências morais e sociais da época na trama com o que o pai queria “contar” ao filho.

médico (Lancet) pelo pediatra George Still em 1902. Barkley (2008, p. 15) dá o crédito científico a George Still e Alfred Tredgolg como “primeiros autores a dedicarem atenção clínica séria a uma condição comportamental infantil que se aproxima ao denominado atualmente como TDAH”.

Schwartzman (2001), ao fazer um histórico em seu livro sobre transtornos de atenção, relata que George Fredick Still, em 1902, já fazia descrição de “crianças que tinham um comportamento agressivo, desafiante, indisciplina, cruel, com dificuldades de atenção” (p. 10). Naquela época chamou a isso de “Defeito no Controle Moral”. Retomo essa descrição e essa nomenclatura, pois ainda reconheço nas falas hoje em circulação na escola esse entendimento.

Mesmo não sendo nomeado como diagnóstico, o modo como muitas vezes esses sujeitos são reconhecidos na escola por seus professores toma este caráter: o de crianças com “defeito de controle moral”. Como se a escola não tivesse mudado desde o conceito médico de Still.

Luís recebe o diagnóstico do médico a partir de uma solicitação encaminhada pela escola em um momento de fragilidade evidente na relação aluno/escola. Quando é atendido pelo médico, meses depois, seu perfil era outro. Relatadas por escrito, as evidências levadas em consideração para o diagnóstico de TDAH ignoravam a forma atual de Luís viver a escola. O diagnóstico, no entanto, se estabelece assim como a “consequente” medicação.

## **OS MOVIMENTOS NO TEMPO**

A partir do século XVIII, a psiquiatria começou a se consolidar como poder através da prática do exame. Desde então, a prática psiquiátrica tem se empenhado em organizar e descrever síndromes e anomalia (FOUCAULT, 2002), no sentido de garantir saber. Segundo Moysés, a sociedade passa a delegar “à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida” e, desta forma,

[...] se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído reduzindo a própria essência da historicidade do objeto — a diferença, o questionamento — a características inerentes ao sujeito-objeto, inatas, biológicas; a uma doença, enfim. (MOYSÉS, 2008b, p. 6).

Toda uma série de condutas aberrantes e desviantes é descrita a partir de então e lhe é dada visibilidade e autoria de examinador. Estabelece-se, assim, uma nosografia, uma organização que se define não mais pela verdade da definição da doença. Ao invés disso, segundo Foucault (2002), a Psiquiatria

assume, em pleno século XIX, o controle do comportamento e suas anomalias, consolidando-se como referência em um desenvolvimento normativo:

Foi preciso estabelecer sintomas como na medicina orgânica: foi preciso nomear, classificar, organizar, umas em relação às outras, as diferentes doenças; foi preciso fazer etiologias de tipo medicina orgânica procurando no corpo ou nas predisposições os elementos capazes de explicar a formação da doença. (FOUCAULT, 2002, p. 390)

Durante o século XX, o “distúrbio” aqui estudado era referido de diversas formas. Primeiramente, como “Lesão Cerebral Mínima” (LCM); depois, como “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). Posteriormente passou a ser chamado de *hipercinesia* ou *hipercinese* e, logo a seguir, *hiperatividade*, nome que ficou mais conhecido e perdurou por mais tempo. No discurso comum é essa, ainda, a nomenclatura mais atribuída aos sujeitos descritos como TDAH.

Referendando um campo de pesquisa, Rohde (2002) se refere à década de 40 como marco do surgimento do termo “lesão cerebral mínima”. Guardiola (2006) refere-se a Strauss e Lehtinen, em 1947, como criadores dessa terminologia.

Pela ausência de evidências de lesão, entre as décadas de 1950 e 1960 surgiu a expressão “disfunção cerebral mínima” (BARKLEI, 2008). Em 1968, o DSM-II descreveu o transtorno como sendo caracterizado por “níveis excessivos de atividade”. O DSM-III de 1980 ampliou o foco do transtorno para incluir desatenção e impulsividade em adição à hiperatividade. Assim, foi criada a expressão “Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade” (TDAH). Em 1987, com a revisão do referido manual, a terminologia que passou a ser empregada foi a de “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, mantida na edição atual do DSM-IV.

O DSM-IV tem sido o referencial mais utilizado em pesquisas em um campo da área médica e se expressa por uma definição de “comportamentos”. Esse instrumento pretende ser aplicável ao uso clínico e por investigadores de diferentes orientações. Pode reconhecer assim uma prática recursiva do exame que parece não perder sua atualidade ou, dizendo melhor, se reatualiza em nosso tempo produzindo, a partir de outra perspectiva de olhar, equívocos fundamentais.

Ao nos debruçarmos sobre a palavra “comportamento”, podemos reconhecer um descompasso em sua pretensão de ser um “diagnóstico preciso” a partir de aspectos orgânicos e acaba funcionando, na prática, como uma análise de comportamentos. Baseia-se fundamentalmente em escalas de estimativas preenchidas por pais e professores, numa justa técnica de observação direta do comportamento. Luís foi medicado pela referência

explícita de “comportamentos descritos” no parecer escolar encaminhado ao médico.

Uma das críticas mais intensas que se tem feito às definições de TDAH desde a DSM-IV é, como relata Caliman (2006), quanto ao seu aspecto meramente descritivo. Jerusalinsky (2006, p. 27) refere à metodologia proposta para diagnóstico como “fenomenológica, nem sequer clínica: é exclusivamente fenomenológica por se basear na presença ou ausência de certos comportamentos”.

Vitório, outro menino de Escola Municipal Infantil, passa a tomar Ritalina antes de entrar para a escola. “Preventivamente”, diz a “mãe”. Quais os critérios para tratamento medicamentoso a Vitório que só tem dois anos? Outra criança. Mesmo diagnóstico e medicação.

No contraponto a essas referências, Jerusalinsky (2006) tenciona esta discussão ao fazer uma análise a qual discute sobre os aspectos das “dificuldades sociais” de forma transversal, em relação com as possíveis causas do que se passa com a criança.

[...] essa fenomenologia se mostra nas crianças “suspeitosamente” concordante com o que os investigadores chamam uma “dificuldade social”. [...] Será que as dificuldades sociais são uma consequência da síndrome, ou será que essa dificuldade social é indicativa do ponto central da etiologia do que ocorre com essas crianças? (ibid, p. 40).

É frequente, na literatura em questão, vermos referências sugerindo que os sintomas podem já estar presentes antes dos sete anos, porém os critérios utilizados para se obter o diagnóstico em crianças dessa faixa etária – de zero a seis anos – são os mesmos usados para as demais crianças. Não se leva em consideração o fato de muitos dos comportamentos considerados inadequados serem inteiramente apropriados à referida faixa etária. Quem escuta Vitório?

Um dos sintomas mais evidentes do TDAH, conforme o manual de diagnóstico, consiste em não conseguirem uma atenção suficiente para realizar tarefas escolares ou deixarem a brincadeira interrompida e seguirem para novos desafios. Com frequência, as crianças com tal transtorno idealizam projetos, mas não conseguem iniciá-los ou concluí-los.

Às vezes ouvimos relatos de crianças com TDAH apresentando dificuldades em atividades onde é exigido um “esforço mental constante”. Tais atividades seriam vivenciadas como desagradáveis e geralmente evitadas. Pergunto então: o que é um “esforço mental constante”? Suportar o tédio de aulas pouco interessantes? Assimilar conteúdos desvinculados do universo infantil? Como é pensado o contexto e a qualidade das propostas pedagógicas?

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV, o quesito desatenção seria um dos elementos necessários a fim de podermos configurar o TDAH, com no mínimo seis ou mais dentre os sintomas descritos no manual, “persistentes por mais de seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento” (DSM-IV, 2003, p. 118). De fato, não poderíamos dizer que a criança teria como característica natural, por exemplo, perder ou extraviar material necessário para as tarefas ou atividades de vida diária (sintoma “g”) ou não prestar atenção a detalhes das tarefas escolares (sintoma “a”) e, a partir de tais eventos, associá-los a manifestações ou características orgânicas *per se*. Seria novamente tomar apenas o sintoma descolado de suas causas. Como uma febre alertando origens diversas. Medicação, simplesmente, seria dar um antitérmico e não procurar saber a causa da febre.

Muitas vezes o diagnóstico de TDAH se realiza a partir de uma série de indicadores fixos e isolados, sem analisar sua dinâmica, sua origem, a singularidade do sujeito imerso em seu contexto. O DSM-IV apenas apresenta “critérios para o diagnóstico de transtorno por déficit de atenção com hiperatividade”; contudo, a partir desses critérios, estão sendo realizados, massivamente, os diagnósticos de TDAH.

São vários os instrumentos utilizados para o diagnóstico a partir da perspectiva médica. Tal utilização é justificada pelo intuito de buscar um caráter multidisciplinar, articulando informações das mais variadas áreas, de forma a sustentar um diagnóstico o mais preciso possível.

Barkley (2008) detalha uma série de procedimentos que indicam desde a escuta familiar, da criança e da escola, podendo incluir aconselhamento individual à família, terapia familiar, modificação na sala de aula etc. Diz ainda: “A questão aqui é que o clínico selecione o método mais razoável existente para abordar cada problema.” (ibid, p. 349).

O ProDAH<sup>5</sup> apresenta um protocolo de avaliação definindo: “As crianças e adolescentes encaminhadas ao programa contarão com a possibilidade de uma avaliação multidisciplinar e integrada”.

A ABDA utiliza o questionário SNAP-IV<sup>6</sup> como um dos instrumentos para o diagnóstico de TDAH. Tal questionário é constituído a partir das referências de sintomas do DSM-IV. Podemos encontrar ainda outros procedimentos de investigação orgânica envolvendo avaliação auditiva e de visão, pois problemas nestas áreas podem apresentar sintomas possíveis de serem confundidos com alguns da hiperatividade. No entanto, não tenho observado este criterioso procedimento ser levado em consideração na maioria dos casos

---

<sup>5</sup> ProDAH - [www6.ufrgs.br/prodah/prodah/protocolo.html](http://www6.ufrgs.br/prodah/prodah/protocolo.html).

<sup>6</sup>GEDA/Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ ([www.tdah.org.br/geda/index.php](http://www.tdah.org.br/geda/index.php)) e o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS ([www6.ufrgs.br/prodah/](http://www6.ufrgs.br/prodah/)).

que encontro com diagnóstico de TDAH. Luís e Vitório, como a grande maioria das crianças, receberam o diagnóstico sem uma avaliação clínica.

Segundo diversos autores (ROHDE; SCHMITZ; POLANCZYK, 2007), o TDAH “é o transtorno emocional, cognitivo e comportamental mais comum na infância”. Barkley (2008, p. 31) afirma a visibilidade deste diagnóstico a partir da década de 70, pois teria sido este o período em que buscou “destacar critérios diagnósticos mais específicos”. Esta é, sem dúvida, a frase mais usada nos artigos da área.

## **ETIOLOGIA**

As referências médicas referem a causas variadas em relação à etiologia. No entanto, não há registro de casos de amplas lesões estruturais ou doenças no sistema nervoso central. São considerados para este diagnóstico, principalmente, os fatores ambientais e genéticos. A base orgânica evidência, na avaliação clínica, um funcionamento “em desacordo com o esperado”.

Algumas evidências são relacionadas a distúrbios da função do cérebro na primeira infância, podendo ser provocados por questões de ordem pré, peri ou pós-natal no Sistema Nervoso Central e que poderiam ser causadoras de TDAH. Riesgo (2006) faz algumas aproximações importantes entre TDAH e problemas no tronco encefálico, o qual é formado pelo bulbo, ponte e mesencéfalo, identificando-se como uma área de passagem de informações. Além dessa função, o tronco encefálico é responsável por áreas vitais, como a respiração, e pela regulação automática de várias funções, como as de sono-vigília e da atenção.

Lesões de ordem pré, peri ou pós-natal no Sistema Nervoso Central são mencionadas também por terem suas causas em problemas circulatórios, tóxicos, metabólicos etc. Fatores neuroquímicos são relacionados a TDAH a partir de pesquisas com estimulantes. Há evidências de que isso pode ser causado por distúrbios no metabolismo de aminoácidos e dos neurotransmissores: noradrenalina, serotonina e dopamina.

O sistema dopaminérgico vem sendo o foco da maioria dos estudos moleculares com o TDAH. O gene do transportador de dopamina (DAT1) foi o candidato inicial para essas investigações, visto que a proteína transportadora é inibida pelos estimulantes usados no tratamento do TDAH. (ROHDE et al., 2004, p. 197).

As bases neurológicas encontram-se preferencialmente no córtex pré-frontal (ROHDE, 2003; GUARDIOLA, 2006; RIESGO, 2006). Ao ter seu funcionamento comprometido, a criança passaria a enfrentar muitas dificuldades; entre elas, problemas de concentração, de memória, de

impulsividade e de hiperatividade. É preciso, no entanto, estar atento à plasticidade neurológica e que, para cada sujeito, situações peculiares vão ser desencadeadas. As funções executivas, com o passar dos anos, têm a possibilidade de qualificar a capacidade do sujeito em engajar-se em suas atividades, de forma a realizar ações voluntárias direcionadas a metas específicas.

Os fatores genéticos já estão amplamente descritos (ROHDE et al., 2004). Bau (2006, p. 59) refere-se ao TDAH como “um dos transtornos mentais com maior influência genética, com herdabilidade de aproximadamente 0,80”. Barkley (2008, p. 51) afirma que no momento presente, a base hereditária foi firmemente estabelecida. Refere-se a esta tomando a “identificação de vários genes candidatos que se mostram promissores para explicar certos aspectos do transtorno”.

É preciso reconhecer que tais afirmativas “se mostram promissoras”, não define de forma categórica a influência dos genes, deixando de novo a “incerteza” como principal ator.

Este diagnóstico geralmente se realiza com base em questionários administrados a pais e/ou professores, e o tratamento que se costuma indicar é: medicação e modificação comportamental. O resultado é que as crianças são medicadas desde idades muito precoces, com uma medicação que não cura [...] e que em muitos casos oculta sintomatologia grave, a qual eclode *a posteriori* ou encobre deterioração que se aprofunda ao longo da vida [...] tanto a medicação quanto a modificação comportamental tendem a silenciar os sintomas, sem perguntar o que é que os determina, nem em que contexto se dão. (UNTOIGLICH, 2006, p. 63).

Vejo na prática que a regra é ministrar a medicação sem maiores informações ou preocupações com exames preliminares. Às vezes, nem ao menos se escuta a palavra da criança. Escuta-se a mãe ou uma “cartinha da professora/orientadora” da escola com preocupações veementes sobre o comportamento da criança.

Escutar o sintoma e não a criança pode provocar um hiato sem preço. Segundo Singh (2012, p.1), “estimulantes podem suprimir a capacidade das crianças para protestar contra as más condições, permitindo assim que tais condições permaneçam.”<sup>7</sup>

## **A patologização de nosso tempo**

Em que medida poderíamos pensar a hiperatividade como uma patologia típica de nosso tempo, sintoma social de nossa época, a

---

<sup>7</sup> Tradução livre. Do original: “stimulants might suppress children’s capacity to protest bad conditions, thereby allowing those conditions to prevail.” Singh (2012, p.1)

agitar o corpo das crianças de hoje? Penso que esta é uma importante questão que está aberta, que insiste em se fazer ouvir, apesar das tentativas de reduzir a hiperatividade à manifestação unívoca de um organismo deficitário. Ao contrário, talvez possamos tomá-la como manifestação paradigmática de um sujeito, que se movimenta de maneira errante, na procura de um lugar para si. (PINHO, 2006, p. 46).

No início do século XXI, em processo vertiginoso da medicalização do viver, verificamos um acirramento da “onda” organicista, agora sofisticadações genéticas, mapeamentos cerebrais e reações químicas avançadas tecnologicamente. Concordo com Souza (2008, p. 10) quando afirma que esses recursos da “saúde e da biologia sejam fundamentais enquanto avanços na compreensão de determinados processos humanos”. A autora faz, contudo, um sério questionamento à retomada de elementos da biologia “quando aplicados ao campo da educação”. Lembra ainda que [...] “não podem ser avaliados como algo individual, do aprendiz, mas que as relações de aprendizagem constituem-se em dimensões do campo histórico, social e político que transcendem, e muito, o universo da biologia e da neurologia.” (ibid, p. 10).

Quando nos perguntamos por que há um excesso de diagnósticos, surge uma variedade de razões. Por um lado, existe toda esta tendência à biologização por parte dos médicos. Por outro, uma tendência das escolas em encontrar explicações rápidas sobre o que não entendem. A escola, muitas vezes, busca “diagnosticar patologias” nos alunos, quando estes não aprendem ou têm problemas de conduta. Não mais se questionam métodos educacionais, condições de ensinagem ou de aprendizagem, mas se busca na criança, em seu cérebro, seu comportamento, as causas das dificuldades.

E o que é mais perverso nesse processo, sob o nosso ponto de vista, é que os defensores das explicações organicistas apresentam a patologização da criança que não aprende ou não se comporta na escola, como um direito [...] que é direito da criança ser medicada, ser atendida e ser diagnosticada. (SOUZA, 2008, p. 10).

Como outro eixo não menos importante, colocaria os interesses e a intervenção que vêm no diagnóstico e receituários de medicação. Deve-se levar em conta a existência de uma pressão sutil da indústria farmacêutica para colocar seus produtos...

Quando há um congresso em que nos preparam um *lunch*, a primeira coisa que penso é que querem me vender; a indústria farmacêutica tem que trabalhar para isso, de fato é uma das mais importantes das indústrias mundiais, depois da do petróleo. (TALLIS, 2006, p. 55).

Lembro ainda ser usual o fato de núcleos de pesquisa em universidades brasileiras receberem verbas de financiamento de indústrias farmacêuticas

para as mais variadas ordens de gastos, incluindo financiamento de viagens e pagamento de pessoal (ROHDE; SCHMITZ, POLANCZYK; 2007, p. 28<sup>8</sup>).

O PRODAH, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), recebe financiamento da Janssen - Cilag do Brasil, da NOVARTIS (fabricante da Ritalina®), da Janssen-Cilag, Shire e da Shire Farmacêutica Ltda.<sup>9</sup>. A própria Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA conta com patrocinadores como a NOVARTIS e a Janssen-Cilag. O GEDA - Grupo de Estudos de Déficit de Atenção, ligado ao Instituto de Psiquiatria – IPUB da UFRJ, foi criado em 1999 e recebe financiamento de pesquisa do Laboratório Janssen-Cilag (fabricante do Concerta®).

Seu coordenador, Paulo Mattos, é membro do comitê consultivo, palestrante e recebe verba de pesquisa clínica das indústrias Janssen-Cilag, Eli Lilly (fabricante do Strattera®), NOVARTIS e GlaxoSmithKline. Este grupo é responsável pela maior parte das publicações sobre o metilfenidato no Brasil<sup>10</sup> (ITABORAHY, 2009, p. 72).

Os meios de comunicação divulgam características do TDAH, assim como modos de tratamento. Há uma banalização dos modos de diagnosticar e medicar. Qualquer criança inquieta, questionadora, passa a ser uma candidata ao diagnóstico.

Na escola, a criança é percebida como o único ator no processo de aprender. Quando não “conseguem” suportar a atenção nos conteúdos escolares, imediatamente são reconhecidas como tendo algum problema. Vivemos em uma época na qual adultos encontram-se em crise. A criança faz parte de uma história e um contexto marcado pelas suas relações, principalmente na família e na escola, e estas, por sua vez, na sociedade onde estão inseridas.

As crianças desatentas e hiperativas dão conta de algo que ocorre em nossos dias? Pais excedidos, indiferenciados, pais deprimidos, professores superados pelas exigências, em meio em que a palavra foi perdendo valor e com normas que costumam ser confusas [...] incidirão na dificuldade para prestar atenção na aula? (UNTOIGLICH, 2006, p. 65).

---

<sup>8</sup> Schmitz, Polanczyk e Rohde (2007) referem-se a questões importantes como o financiamento de pesquisas: “Potenciais conflitos de interesse: O Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (PRODAH) recebe suporte de pesquisa das seguintes companhias farmacêuticas: Bristol-Myers Squibb, Eli-Lilly, Janssen-Cilag e Novartis. O Prof. Rohde é palestrante ou consultor das companhias acima referidas e é integrante do conselho consultivo da Eli Lilly”.

<sup>9</sup> Ver Site: [www6.ufrgs.br/prodah/prodah](http://www6.ufrgs.br/prodah/prodah). Última consulta em 10-04-2013.

<sup>10</sup> Para maiores dados sobre agentes financiadores, consultar a dissertação de mestrado de Cláudia Itaborahy (2009).

Não seria necessário atender as crianças ao invés de medicá-las? Como decidir quando e como pode ser útil uma medicação? Vemos, hoje, remédios sendo vendidos de forma progressiva e evidenciando epidemia.

### **Considerações finais**

Ao pensar sobre o processo de diagnóstico de um suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, é necessário definir qual a função em produzi-lo, como é realizado e qual perspectiva cultural e social sustenta. Poderíamos lembrar a origem do conceito quando visto sob características organicistas.

Proponho um borrar de ideias trazendo a possibilidade de um enfoque que permita reconhecer o caráter complexo do diagnóstico, pois a realidade assim o é. De fato, trata-se de um processo contínuo. Um mesmo agrupamento de sintomas pode estar aberto a diferentes interpretações, indicando caminhos diversos. É preciso encontrar o sentido histórico dos sintomas na história do próprio sujeito, da criança na sua singularidade.

Algumas vezes, a questão em consideração não é o sofrimento da criança, mas o incômodo produzido no meio onde está inserida quando, ao manifestar que algo não vai bem com ela, na verdade, está referindo essa condição em relação ao seu entorno. Nessa perspectiva, a medicação toma apenas a indicação de “acalmar” a criança que se “comporta mal” ou, como diria Still, a criança com “defeito de controle moral”.

Por tudo que foi apontado, reconheço o discurso médico presente nas práticas escolares ao identificar as crianças como hiperativas. São diversos os elementos utilizados para o contorno do diagnóstico. Esses argumentos aparecem sem controle e se multiplicam. Defendo, com isso, o urgente cuidado em discutir sobre este suposto transtorno no âmbito escolar. Para contrapor à definição de desatenção, se faz premente discutir a atenção. Atenção ao sujeito aluno e professor tornando possível escutar as flutuações.

### **REFERÊNCIAS**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre RS: Artmed, 2003.

ANGELUCCHI, Carla Biancha. SOUZA, Beatriz De Paula. **Medicalização de Crianças e Adolescentes**: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. Ed Casa do psicólogo, São Paulo, 2010.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: Manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre, RS, Ed. ARTMED, 2008.

BAU, Claiton Henrique Dotto. **Genética da aprendizagem**. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; SANTOS, Rudimar dos (Orgs.) **Transtornos da aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar**. Porto Alegre, RS, Ed. Artmed, 2006.

BAPTISTA, Claudio Roberto. **Inclusão em Diálogo**: algumas questões que insistem... In: III Seminário Nacional de Formação de Gestores – Educação Inclusiva: Direito à Diversidade. Ensaios pedagógicos. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial: 36-40, 2007.

CALIMAN, Luciana Vieira. **A Biologia Moral da Atenção** - A Constituição do Sujeito (des)Atento, Doutorado em Saúde Coletiva Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil. Com período sanduíche em Max-Planck Institute for the History of Science(Orientador: Fernando Vidal). Orientador: Francisco Javier Guerero Ortega. Estado do Rio de Janeiro, FAPERJ, Brasil, 2006.

\_\_\_\_\_. **O TDAH**: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, v. 13, p. 549-556, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Os valores da atenção e a atenção como valor**. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 3, p. 632-645, 2008b.

\_\_\_\_\_. **A constituição sócio-médica do "fato TDAH"**. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, Apr. 2009.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 1, mar. 2010.

FACION, José Raimundo. **Transtornos do desenvolvimento e do comportamento**. Ed. IBPEX, 3ª ed, 2007.

FERNÁNDEZ, Alicia. **A Atenção aprisionada**. Tradução de HICKEL, Neusa e SORDI, Regina Orgler. Porto Alegre: Penso, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Editora Forense Universitária, 4ª Ed, 1994.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GUARDIOLA, Ana. **Transtornos da atenção**: aspectos neurobiológicos. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; SANTOS, Rudimar dos (Orgs.) **Transtornos da aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar**. Porto Alegre, RS, Ed. Artmed, 2006.

ITABORAHY, Cláudia. **A Ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. Mestrado em Saúde Coletiva Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil. Orientador: Francisco Javier Guerero Ortega. Estado do Rio de Janeiro, FAPERJ, Brasil, 2009.

MAYER, Valéria. **Pára quieto menino, presta atenção!!** - Proposições para um outro olhar sobre o corpo atento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. Dissertação de mestrado, Orientador: Maria Carmen Silveira Barbosa. 2007.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente**. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. – UNICAMP – trabalho apresentado na Anped 2008a.

\_\_\_\_\_. **A institucionalização invisível crianças que não-aprendem-na-escola**. Campinas: Mercado das letras, 2008b.

PINHO, Gerson Smiech. **Hiperatividade e déficit de atenção**. In: Diagnóstico na Infância hoje. Ed. APPOA – Associação psicanalítica de Porto Alegre. POA. Nº144 – ano XIII, 2006.

RIESGO, Rudimar dos Santos. **Semiologia Neuropediátrica**. In: ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; SANTOS, Rudimar dos (Orgs.) Transtornos da aprendizagem: Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar. Porto Alegre, RS, Ed. Artmed, 2006.

RODHE, Luis Augusto; HALPERN, Ricardo. **Avanços recentes no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**: uma atualização. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004.

ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo. **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

ROHDE, Luis Augusto Paim; SCHMITZ, Marcelo; POLANCZYK, Guilherme;. **TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos**. J. bras. psiquiatr., vol.56, suppl.1, p.25-29, 2007.

ROHDE, Luis Augusto. et. al. **Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. In: Princípios e Práticas em TDAH. Porto Alegre, RS, Ed Artmed, 2003.

ROSE, Nikolas. La política della vita. Ed. Einaudi, Itália, Marchetti M. - Pipitone G. (trads.), 2007.

SCHWARTZMAN, José Salomão. **Transtorno de Déficit de Atenção**. Ed. Mackenzie – São Paulo, SP, Memnon, 2001.

SINGH, Ilina. **Not robots:** children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. J Med Ethics 2012;0:1–8. Published Online First: 28 August 2012doi:10.1136/medethics-2011-100224 (06-04-2013)

SINGH, Ilina<sup>1</sup>; KENDALL, Tim<sup>2</sup>; TAYLOR, Clare<sup>2</sup>; MEARS, Alex<sup>3</sup>; HOLLIS, Chris<sup>4</sup>; BATTY, Martin<sup>4</sup>; KEENAN, Sinead<sup>5</sup>. **Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication:** A Qualitative Study for the NICE Guideline. In. Child and Adolescent Mental Health, 2010. (06-04-2013)

SOUZA, Marilene Proença Rebello de. **Retomando a Patologia para justificar a não aprendizagem escolar:** a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: Medicalização na Educação Infantil e no Ensino Fundamental e as políticas de Formação Permanente. Trabalho apresentado na Anped 31<sup>a</sup>, Sessões especiais, 2008.

TALLIS, Jaime. **Sobre o diagnóstico diferencial do transtorno por déficit de atenção.** In: Diagnóstico na Infância hoje. Ed. APPOA – Associação psicanalítica de Porto Alegre. POA. N°144 – ano XIII, 2006.

UNTOIGLICH, Gisela. **Consenso de especialistas da área de saúde sobre o chamado “Transtorno por déficit de atenção com ou sem hiperatividade”.** In: Diagnóstico na Infância hoje. Ed. APPOA – Associação Psicanalítica de Porto Alegre. POA. N°144 – ano XIII, 2006.