

Fernando Augusto Groh de Castro Moura

**“SAPECA”, “DANADO”, “ABOBADINHO”, “DISTANTE”:
CONSIDERAÇÕES ANTROPOLÓGICAS SOBRE O
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE A PARTIR DE ENTREVISTAS COM
PROFESSORAS DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Licenciatura
apresentado ao curso de graduação em
Ciências Sociais da Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito parcial para a obtenção do
título de Licenciado em Ciências Sociais.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Weidner
Maluf

Florianópolis – SC
2013

Fernando Augusto Groh de Castro Moura

**“SAPECA”, “DANADO”, “ABOBADINHO”, “DISTANTE”:
CONSIDERAÇÕES ANTROPOLÓGICAS SOBRE O
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE A PARTIR DE ENTREVISTAS COM
PROFESSORAS DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Licenciado em Ciências Sociais, aprovado em sua forma final pelo curso de graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de dezembro de 2013.

Prof. Dr. Tiago Bahia Losso (PPGSP/UFSC)
Coordenador do Curso de Ciências Sociais

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Weidner Maluf (Orientadora – PPGAS/UFSC)

Prof^ª. Dr^ª. Antonella Maria Imperatriz Tassinari (PPGAS/UFSC)

Mirella Alves de Brito (Doutoranda PPGAS/UFSC)

Dedico este trabalho à Helena e Valdez, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao grande Pai de Amor e Luz, pela oportunidade de experienciar esta jornada terrena na busca do aprendizado eterno.

À Sônia Weidner Maluf, por ter aceitado orientar mais esse trabalho, algo que fez de maneira primorosa. Minha gratidão não só à excelente profissional que faz de sua louvável erudição algo acessível a suas alunas e alunos, mas, sobretudo, pela excelente pessoa que nos desperta enorme admiração e respeito.

Às professoras da banca de avaliação do TCL, pelas interessantes e sugestivas contribuições e pela disponibilidade em participar e compartilhar deste processo tão importante para mim.

A todo o corpo docente do curso de licenciatura em Ciências Sociais da UFSC com quem tive contato, cuja diversidade de abordagens e didáticas muito contribuiu para a minha formação como professor. Em especial, à professora Giane Carmem Alves de Carvalho, atualmente professora efetiva do IFSC/SC, que acompanhou meu processo de estágio no colégio de maneira elogiável.

Às colegas e aos colegas do curso de Licenciatura em Ciências Sociais e das outras licenciaturas, bem como ao pessoal do PPGAS e do TRANSES, pelas incessantes contribuições para este trabalho e para a minha formação em geral.

A todos os funcionários da UFSC, tanto os servidores administrativos quanto o pessoal da limpeza e da vigilância. Meu respeito e reconhecimento por cada gota de suor e esforços burocráticos que mantém a universidade, com todos os seus defeitos, de pé.

Às professoras que toparam participar deste trabalho, por terem me recebido com muita boa-vontade e atenção em seu ambiente de trabalho. Às pessoas do colégio que não só autorizaram esta pesquisa como também auxiliaram no processo de contato com as professoras.

Aos meus pais José Valdez e Helena, cujo amor incondicional transcende as mais belas palavras de gratidão que alguém sequer imaginou. Aos meus irmãos de sangue, José Henrique e Luiz Eduardo, pelo amor e amizade que nos unem em laços que transcendem o tempo e a distância.

À minha avó Herta e à minha tia-avó Margot, lindas irmãs cuja relação prova que o Amor tem várias facetas. À Tereza e às minhas cunhadas Renatinha e Lica, mulheres tão especiais em minha vida.

À Rachel Pantalena Leal, cuja bondade que eu tanto persigo lhe é inata. Obrigado pelo simples fato de estar a meu lado, amo você.

Ao pessoal do EECL e a todos aqueles que nas demais esferas existenciais me auxiliam a seguir nesta jornada. Obrigado por a todo o momento me lembrar das razões pela qual tudo isto faz sentido.

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo discutir sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a partir de entrevistas que realizei com cinco professoras que trabalham em uma escola de Florianópolis, a qual oferece aulas para o Ensino Fundamental e Ensino Médio. Procuo explorar alguns elementos que emergem dos seguintes questionamentos: em primeiro lugar, quais os critérios que as docentes se baseiam para desconfiar que alguma aluna ou aluno possua TDAH ou algum distúrbio que, de acordo com as professoras, mereceria um tratamento psiquiátrico ou psicológico? Além disso, segundo o discurso das docentes, qual o lugar ocupado pelos medicamentos utilizados pelos estudantes diagnosticados com TDAH e de que maneira se configura a própria relação entre o pedagógico e o terapêutico? Enfim, quais as tensões e especificidades que emergem das falas das professoras em relação a tal diagnóstico e a medicalização de suas/seus alunas/os? Inicialmente, apresento as origens do TDAH como entidade nosológica, bem como as variações de critérios diagnósticos e quadros etiológicos ao longo do tempo. Em seguida, são intercaladas duas seções nas quais me debruço sobre algumas falas das professoras, com duas seções em que são exploradas discussões de cunho mais teórico. Por fim, efetuo algumas considerações nas quais evidencio alguns limites e potencialidades da pesquisa aqui apresentada.

Palavras-chave: Hiperatividade; Medicalização; Saúde Mental; Educação; Antropologia

SUMÁRIO

NOTAS INTRODUTÓRIAS	13
1. O TDAH: da disfunção cerebral à hiperatividade	14
2. Recordando: a criança “sapeca” e o menino “danado”	19
3. A medicalização do cérebro e a instituição escolar moderna	25
4. Confusões, incertezas e preocupações.....	31
5. O sujeito bio-neuro-pedagógico e a medicalização da subjetividade	38
6. Considerações finais.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXO I	49

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O presente artigo foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Licenciatura em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este trabalho começou a ser pensado após um ano de estágio obrigatório supervisionado, o qual foi realizado no Colégio de Aplicação da UFSC junto a uma turma da primeira série do Ensino Médio, durante o ano letivo de 2012¹.

A atividade de estágio foi realizada em duas etapas. Na primeira, que contemplou o primeiro e segundo trimestres letivos do colégio, as atividades consistiram em assessorar a professora do colégio em seu trabalho docente, algo que envolveu o apoio aos alunos e alunas durante as tarefas em sala de aula, a pesquisa de materiais e recursos didáticos e o planejamento das aulas. Para tal, participamos² não só das duas aulas semanais de Sociologia, mas também das reuniões de Série e dos Conselhos de Classe relativos ao primeiro e segundo trimestres letivos³. Já na segunda etapa, que teve início no terceiro trimestre da escola, exercitamos plenamente a prática docente, ministrando as duas aulas semanais de Sociologia e também participando das referidas reuniões. Foram nessas reuniões que minhas motivações de pesquisa começaram a ganhar corpo, nas quais, não raramente, a palavra “TDAH” era proferida.

O presente artigo tem por objetivo discutir sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a partir de entrevistas

¹ Este estágio iniciou-se no dia 15 de março de 2012, poucas semanas após o início do primeiro trimestre no colégio, findando no dia 17 de dezembro do mesmo ano. Contou com a supervisão da professora Giane Carmem Alves de Carvalho, na época professora substituta do Departamento de Metodologia de Ensino da UFSC e com a orientação da professora Marivone Piana, professora efetiva de Sociologia do Colégio de Aplicação da UFSC, pessoas as quais agradeço pela seriedade, bom-humor e excelência com as quais desempenharam e desempenham suas atividades.

² As atividades do estágio foram realizadas em dupla, com o colega e amigo Bruno de Leão Caldart, a quem agradeço pela paciência e alegria com que me aturou durante o ano de 2012.

³ As chamadas “reuniões de Série” são encontros de todas as professoras e professores que lecionam para a mesma turma, nas quais se discute principalmente sobre estratégias pedagógicas a partir do comportamento dos estudantes. Nos conselhos de classe, além das/dos docentes, em determinado momento participam os pais/responsáveis e alguns estudantes, em geral os representantes de sala. Estes são realizados a cada final de trimestre letivo e têm como foco principal a discussão das notas trimestrais.

com cinco professoras que trabalham em uma escola de Florianópolis, que oferece aulas para o Ensino Fundamental e Ensino Médio. Inicialmente, apresentarei as origens do TDAH como entidade nosológica, bem como as variações de critérios diagnósticos e quadros etiológicos ao longo do tempo. Em seguida, serão intercaladas duas seções nas quais me debruçarei sobre algumas falas das professoras, com duas seções em que serão exploradas algumas discussões de cunho mais teórico. Por fim, efetuo algumas considerações nas quais evidencio alguns limites e potencialidades da pesquisa aqui apresentada.

1. O TDAH: da disfunção cerebral à hiperatividade

De acordo com Lima (2005), o primeiro termo biomédico que aludisse a algo próximo do que se considera TDAH atualmente foi “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). Essa categoria foi cunhada em 1962 para se referir a crianças “com distúrbios de aprendizagem e/ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central” (Werner Jr., 2001 *apud* Lima, 2005, p. 63). Tal denominação teria sua procedência na expressão “lesão cerebral mínima”, que remonta a uma presumida danificação na estrutura cerebral em crianças que apresentavam comportamentos similares àquelas atingidas por uma pandemia de encefalite ocorrida em 1917-18: hiperatividade, impulsividade e comportamento considerado perturbador (Lima, 2005).

A utilização da categoria DCM esteve estritamente relacionada com a emergência da Psicopedagogia brasileira na década de 1970⁴, além de “reforçar a ingerência de psiquiatras e psicólogos no cotidiano da família e da escola” (Lima, 2005, p. 65). Tal categoria era de significativa abrangência e abarcava grande parte das chamadas disfunções neurológicas: “Durante os anos escolares, uma variedade de incapacidades de aprendizagem constitui a mais importante manifestação do que é definido por disfunção cerebral mínima” (Clements e Peters, 1982 *apud* Werner Jr., 2000, p. 107). A neurologia

⁴ Segundo Andrade (2004), a emergência da Psicopedagogia no Brasil deve-se à influência da Argentina e de seus exilados políticos, no contexto dos governos ditatoriais latinos das décadas de 60 e 70. Nessa época, os primeiros cursos desta especialidade no Brasil eram realizados na Clínica Médico-Pedagógica de Porto Alegre (Scoz, 1994). De acordo com Bossa (1994), a finalidade que predominava era de atuar nas ditas disfunções neurológicas relacionadas a problemas de aprendizagem, mais especificamente, nas DCMs.

clínica começou a se inserir em um campo até então pouco explorado por ela: a escola. Além disso, a prática terapêutica medicamentosa começou a ganhar força no âmbito infantil. Segundo Lima (2005),

A inclusão desses problemas infantis no campo de ação do neuropediatra respaldou, em consequência, a terapêutica medicamentosa dos comportamentos hiperativos e impulsivos. Sem contar com recursos de explicação e intervenção exceto os oriundos da biologia, a especialidade ajudou a elevar os psicofármacos ao eixo do tratamento de tais condições (LIMA, 2005, p. 70).

O viés médico-neurológico que adentrava na esfera escolar concebia as dificuldades na aprendizagem escolar, na atenção ou na linguagem como "discretas alterações relacionadas com as atividades nervosas superiores" (Cypel, 2001, p. 14). Contudo, a abrangência da noção de DCM e a falta de precisão diagnóstica implicavam, por vezes, em situações clínicas discrepantes e, com o tempo, esta categoria foi sendo substituída por outras (Lima, 2005). Em 1968, a segunda edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II) traz a categoria "Reação Hiperkinética da Infância". Vale ressaltar que os dois primeiros DSMs tinham grande influência da psicanálise (Russo & Venancio, 2006) e o uso do termo "reação" é um sinal disto⁵.

Já no DSM-III, publicado em 1980, houve uma reintrodução de uma abordagem biologizada e medicalizada sobre a psiquiatria e a categoria foi renomeada para "Distúrbio de Déficit de Atenção" (DDA), que poderia ser *com* ou *sem* hiperatividade. A ideia de colocar o enfoque na "atenção" foi tomada com o intuito de diferenciar tal distúrbio de outros, como o autismo e transtornos de ansiedade (Diller, 1998). Desta forma, crianças com dificuldades de concentração nas atividades escolares poderiam ser diagnosticadas sem *necessariamente* serem consideradas hiperativas. De acordo com Lima (2005), esta ampliação da abrangência do diagnóstico teve outras implicações importantes:

⁵ Os DSMs são manuais editados pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), que estabelecem diretrizes para a prática psiquiátrica, incluindo a definição de doenças e transtornos mentais ou psicológicos e os procedimentos terapêuticos. A 5ª edição foi lançada em maio de 2013 e os sintomas definidos para o diagnóstico do TDAH são os mesmos da versão anterior (*vide* Anexo I).

Da mesma forma, também facilitou que os adultos passassem a figurar entre os portadores do transtorno. Não parece casual ser esse o momento a partir do qual o TDAH e a Ritalina tornam-se praticamente indissociáveis: a detecção do primeiro levará, cada vez mais, à indicação da prescrição da última. Com um público-alvo ampliado, cresce o interesse da indústria farmacêutica neste diagnóstico (Lima, 2005, p. 73).

A importância da hiperatividade foi resgatada na edição revisada, o DSM-III-R, que trouxe a denominação que aparece na 4ª edição (1994) e perdurou até a edição atual (2013): Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. No DSM-IV, há três subtipos: TDAH com predomínio de desatenção, de hiperatividade/impulsividade ou combinado. Já no DSM-V, a ideia de “subtipos” é substituída pela de “apresentação” – segundo alguns psiquiatras, na tentativa de não dar margem a uma interpretação errada de que um “subtipo” fosse uma categoria estanque.

No DSM-V, além do TDAH poder “apresentar-se” como predominantemente desatento, hiperativo/impulsivo ou combinado – os nomes são os mesmos da versão anterior –, a principal e polêmica novidade é a inclusão de orientações para o diagnóstico de adultos⁶. Além disso, enquanto a edição anterior traz que os sintomas devem estar presentes no indivíduo antes dos sete anos de idade para que o diagnóstico seja realizado, na edição atual a idade subiu para doze anos,

⁶ Vale ressaltar que a cada lançamento de uma nova edição do DSM, inúmeras polêmicas afloram. A mais gritante diz respeito ao crescimento do número de patologias que fazem parte da lista. Na primeira edição, eram menos de cem. Nas seguintes, o número subiu para 182 (DSM-II), 265 (DSM-III), 297 (DSM-IV) e, na atual edição, 450 patologias mentais. Embora não haja dúvida que, nos Estados Unidos, a influência dos DSMs ainda seja bastante significativa, um dos fatos notáveis é que as críticas em relação ao DSM-V ganharam força dentro daquele país. O *National Institute of Mental Health* (NIMH), instituto norte-americano de Saúde Mental e um dos maiores patrocinadores mundiais de pesquisas na área, se negou a ver seu nome associado ao DSM-V, acusando-o de ser “pouco científico”. Além disso, uma das críticas mais contundentes partem do próprio psiquiatra que dirigiu as duas edições anteriores, Allen Frances, que tem dado entrevistas e declarações alertando para a forma pela qual o manual foi apropriado pela indústria farmacêutica estadunidense. Na França, foi criado o coletivo chamado *STOP DSM*, que já atua há cinco anos.

já que seria muito difícil para os adultos recordarem dos sintomas presentes antes dos sete anos.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID), da OMS (Organização Mundial de Saúde), a “hiperatividade” é mais ressaltada que a “atenção”. No CID-9, de 1978, aparecia a categoria “síndrome hipercinética da infância”. Na atual edição, de 1992, a CID-10 traz a designação “transtorno hipercinético”. Na América do Norte, Austrália e Nova Zelândia, a nomenclatura presente no DSM é a mais utilizada: *Attention Déficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), bem como no Brasil, que se vale de uma tradução direta (TDAH). Já a maior parte dos países europeus prefere o termo sugerido pela OMS, Transtorno Hipercinético. Apesar dessas variações, as descrições presentes na CID e no DSM “conservam mais semelhanças que discrepâncias entre si, ambas pretendendo validar uma categoria diagnóstica homogênea e universalmente aceita” (Lima, 2005, p. 69)⁷.

Em revistas especializadas da área da Medicina, o TDAH é apresentado como uma “desordem neurobiológica caracterizada por dificuldade em privilegiar um foco e sustentá-lo com nível suficiente de atenção, modular níveis de atividade cognitiva e, em alguns casos, controlar comportamentos impulsivos” (Andrade *et al*, 2011, p. 456). Considerando-se os critérios do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), o diagnóstico deve ser realizado se seis ou mais sintomas de “desatenção” e/ou “hiperatividade/impulsividade” estiverem presentes antes dos doze anos de idade, por um período igual ou superior a seis meses. Além disso, é preciso que haja comprometimento em pelo menos “duas áreas diferentes”, como a vida doméstica e a vida escolar, por exemplo. Para que o diagnóstico seja feito em adultos, é preciso comprovar que cinco destes sintomas – um a menos que o exigido para as crianças – estavam presentes até os doze anos de idade, por um período de seis meses.

⁷ Nesse sentido, tais manuais procurariam conferir um caráter “ateórico” de tais descrições nosológicas, concebendo o transtorno como uma entidade a-histórica e a-cultural. Indo de encontro a isso, dados estatísticos sobre a prevalência do TDAH em diversas partes do mundo evidenciam que a ideia de uma homogeneidade e universalidade é dificilmente sustentável. De acordo com Arnald e Jensen (apud Rohde, 2003), na China a taxa de prevalência é de 8,9%; no Japão, 8,7%; na Alemanha, 2% a 6,7%; na Nova Zelândia, 3% a 6%; na Itália, 4% e na Inglaterra, 1%.

Vale ressaltar que tais critérios são os recomendados para o diagnóstico psiquiátrico. Antes de este ser realizado, há todo um caminho percorrido até ele. Um dos pontos deste percurso relaciona-se aos sujeitos de pesquisa que entrevistei: as professoras.

Na escola em que lecionam, quando as docentes suspeitam que uma aluna ou um aluno possua algum distúrbio que, segundo elas, requisitaria um atendimento psiquiátrico ou psicológico, primeiramente a discussão se dá com outras professoras e professores de tal estudante. Caso essa desconfiança seja compartilhada, a aluna ou aluno é encaminhado para um setor da escola composto por profissionais da área da Pedagogia, que chama a família. Em geral, é sugerida uma consulta com algum profissional da área de Psiquiatria ou Psicologia, o qual determina se tal desconfiança é confirmada com um diagnóstico ou não.

Embora nos grandes manuais de psiquiatria ele não seja considerado um distúrbio de aprendizagem – como a dislexia, discalculia, disgrafia, dislalia e disortografia –, o fato de figurar como um significativo fator prejudicial ao desempenho escolar de estudantes fez do TDAH o diagnóstico mais comum das crianças encaminhadas para tratamento psiquiátrico e medicamentoso (Meister *et al*, 2001). Atualmente, o metilfenidato é a substância mais utilizada para o tratamento do TDAH no Brasil, presente em remédios como a Ritalina® e o Concerta®, psicoestimulantes que têm sua venda controlada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em linhas gerais, os efeitos do metilfenidato no indivíduo são um comportamento com maior concentração e quietude, embora possa causar maior agitação em algumas pessoas. Em alguns casos, pode provocar certa “apatia” e uma espécie de “olhar perdido” nas crianças (Brzozowski & Caponi, 2010).

É importante destacar o crescimento da fabricação mundial dessa substância desde os anos 90. Segundo Itaborahy (2009), o metilfenidato é a anfetamina mais consumida no mundo e o Brasil o segundo maior país consumidor, atrás apenas dos Estados Unidos. Em 1990, a produção mundial do metilfenidato foi de 2,8 toneladas; em 1999, passou para 19,1 toneladas e em 2006 atingiu a marca de 35,8 toneladas. No Brasil, o metilfenidato começou a ser comercializado em 1998 e seis anos depois, em 2004, 740.420 caixas já haviam sido vendidas. Em 2007, este número chegou a 1.146.592 (Itaborahy, 2009)⁸.

⁸ Além de fazer parte do tratamento do TDAH, a utilização dessa substância se estende a situações não-terapêuticas. Há relatos do uso de Ritalina por garotas que fazem uso do remédio para emagrecer, um dos efeitos colaterais deste

As perguntas que emergem são: quais os critérios que as docentes se baseiam para desconfiar que alguma aluna ou aluno possua TDAH ou algum distúrbio que, de acordo com as professoras, mereceria um tratamento psiquiátrico ou psicológico? Além disso, segundo o discurso das docentes, qual o lugar ocupado pelos medicamentos utilizados pelos estudantes diagnosticados com TDAH e de que maneira se configura a própria relação entre o pedagógico e o terapêutico? Enfim, quais as tensões e especificidades que sobressaem das falas das professoras em relação a tal diagnóstico e a medicalização de suas/seus alunas/os?

2. Recordando: a criança “sapecta” e o menino “danado”

Após visitar a escola em que elas lecionam e obter autorização para a pesquisa por parte da direção do colégio, entrei em contato com algumas professoras e professores. Meu critério era que fossem docentes permanentes, os quais possivelmente conheceriam melhor as alunas e alunos da escola diagnosticados com TDAH do que as professoras e professores de caráter temporário, que às vezes ficam por poucos meses na instituição. Oito professoras se mostraram interessadas em participar, das quais consegui me encontrar efetivamente com cinco, uma de cada vez: Margarida, Violeta, Hortência, Camélia e Rosa⁹. No contra turno de suas aulas, realizamos entrevistas que tiveram cerca de uma hora de duração. Com o consentimento delas, todas foram gravadas.

No início de cada entrevista, propus às docentes que procurassem recordar sobre os tempos em que estavam na escola. Como era em suas épocas de estudante? Será que havia colegas que pudessem ser diagnosticados com TDAH, ou quem sabe elas mesmas? Estas perguntas trouxeram elementos interessantes para pensar a forma pela qual o discurso delas ia se construindo durante nossa conversa. Para melhor explicitá-los, transcrevo a seguir as falas de algumas delas:

medicamento; por executivos que ficam mais de dez horas diárias trabalhando e querem potencializar suas capacidades de concentração, bem como atenuar os efeitos do cansaço; por estudantes que, assim como os executivos, desejam ampliar suas habilidades cognitivas para estudar para concursos, provas e exames.

⁹ Os nomes das professoras foram omitidos por meio desses pseudônimos, dos quais somente Rosa o escolheu. As outras docentes sugeriram para que eu mesmo os escolhesse.

Na minha escola, não lembro de alguém se destacar por ser mais agitado, ou ter mais dificuldade de se concentrar. Então não lembro ninguém. Assim, eu mudei de escola no 3º ano, mas no 3º ano era um cursinho, então todo mundo prestava atenção por que era pra fazer vestibular. E antes eu não tenho nenhuma lembrança de alguém que se destacasse, eu não sei se as normas que eram muito rígidas também. Que pode ser. E não tinha ninguém que chamava a mãe, o pai. Uma boa pergunta. Não lembro se alguém se destacava.[Margarida]

Deixa eu lembrar. Olha na minha sala eu não lembro, mas lembro de um menino que era a fama do colégio. Todos professores falavam. Ele poderia ser, que ele era agitadíssimo. [...]. Aquele menino poderia ser considerado, mas nunca ouvimos falar por que na época. Imagina, a gente não ouvia comentários assim. Mas que o menino era danado era. [Violeta]

Olha, em termos de comportamento talvez eu pudesse ser diagnosticada. Estava sempre mais distante, tava mais enfiada em biblioteca, minha mãe dizia que se não me mandasse estudar eu ficava desenhando a manhã inteira. Mas eu sempre tive notas boas então nunca chamou atenção nesse sentido. Mas de outras pessoas eu não me lembro, não se falava né. Não faz tanto tempo assim que eu estudei, mas quando eu fiz ensino fundamental e médio nunca me lembro de ter colegas diagnosticados, de ter ouvido falar. [Hortência]

Nas lembranças sobre as vivências escolares de Margarida, Violeta e Hortência, emergem elementos que não se restringem apenas ao conteúdo narrado. Não é apenas uma recordação que comunica sobre a existência ou não do TDAH nos tempos de estudante das professoras, mas também uma ressignificação desta experiência da qual vêm à tona outros fatores.

Na medida em que elas tentavam se lembrar de elementos do passado, sentimentos e preocupações com o presente e com o futuro eram articulados. Margarida, a despeito de não se lembrar de ninguém especificamente, direciona sua memória para alguém que seja “mais agitado”, com “dificuldade de se concentrar”, “alguém que se destacava”. Violeta resgata o menino “agitadíssimo” de sua sala que “poderia ser considerado” com TDAH, embora afirme que “nunca ouvimos falar” em termos de diagnóstico. À medida que as docentes tentavam se recordar sobre um possível TDAH durante suas experiências escolares, aquilo que as remete para possíveis fatores relacionados a ele começava a aparecer: agitação, dificuldade de se concentrar, o menino “danado”.

Hortência traz um aspecto interessante em sua fala: as notas. Segunda a professora, talvez ela mesma pudesse ter sido diagnosticada, mas nunca chamou a atenção nesse sentido já que sempre teve boas notas. Em outro momento de nossa conversa, Hortência reitera seu argumento: “Se a criança é dispersa, mas ela tem nota, não tem problema. Essas passam batido”.

A entrevista com Camélia iniciou-se de maneira parecida. Na mesma linha das outras docentes, ela se lembra dos colegas “terríveis” que pudessem ter sido diagnosticados. Sua fala começou da seguinte forma:

A gente tinha um julgamento muito mais moral nessa época né. Era um meio ‘abobadinho’, um ‘burrinho’ que não conseguia acompanhar. Mas que tivesse um diagnóstico de distúrbio, eu não lembro disso, não. Que pudesse ser, naquela época, eu acho que sim. No ginásio eu tinha colegas que eram terríveis, de pular a janela. Então, é possível que sim, que tivesse. Acho que a gente não se dava conta disso não, mas é possível que tivesse. A gente não falava disso, ninguém falava sobre essas coisas. Eu

acredito que sim, de ter hiperatividade. Mas era isso que eu te falei, as pessoas que não conseguiam acompanhar a escola era um julgamento mais moral do que de aprendizagem, mesmo. Essa coisa do desenvolvimento da aprendizagem não era uma coisa que se falava muito. [Camélia]

A lembrança da professora sobre seus tempos de estudante traz interessantes elementos que apontam para a forma pela qual os significados da “hiperatividade” começam a se aproximar da esfera patológica em seu discurso. Camélia acredita que havia a “hiperatividade”, mas “a gente não se dava conta disso”. Além disso, ela ressalta que quando estava na escola, havia um julgamento “mais moral” sobre o “burrinho” e o “abobadinho”. Por “julgamento mais moral”, a docente se refere a uma coerção em relação a quem não “acompanhasse a escola” que passava por uma questão de normatividade comportamental no ambiente escolar. Ao resgatar o “desenvolvimento da aprendizagem”, a professora aponta para outra dimensão normativa também enfatizada por Hortência: a do desempenho escolar.

A última professora com quem conversei foi Rosa. Nossa conversa começou um pouco diferente das demais. Antes que eu pudesse propô-la a trazer recordações sobre sua vivência escolar – algo que fiz em um momento posterior de nossa conversa –, assim que liguei o gravador, ela disse: “Eu sempre tive TDAH. Eu sempre fui uma guria assim, muito ativa. Se você for comparar, por exemplo, hoje, que as crianças querem fazer mil coisas ao mesmo tempo e são dispersas. Eu sou assim e nunca tive tratamento”.

Logo no início, Rosa trouxe um elemento que percorreu toda a entrevista: sua experiência pessoal com o TDAH. Ela diz: “Até hoje me agonia, por exemplo, ver uma criança sentada na escola, direto. Nossa, chega a me agoniar, porque eu nunca consegui”. A professora afirma que quando vê alunos ou alunas com o diagnóstico de TDAH, pensa: “Eu tinha isso. Só que eu usava isso pro meu bem”. Assim como as outras docentes, Rosa também fez a ressalva que em sua época de estudante não se falava em termos de diagnóstico: “Diagnóstico, nunca tive isso. Só diziam que eu era ‘sapeca’, que eu era mal-educada, que eu não me comportava, né. Esse era o diagnóstico do TDAH, da criança que não se comporta”.

No próximo tópico deste artigo, retomarei algumas dessas recordações. Por ora, vale trazer algumas declarações das professoras

sobre as possíveis causas do TDAH. Prosseguindo a entrevista com Camélia, ela fez uma interessante consideração acerca de estudantes com tal diagnóstico:

Mas as pessoas que tem o diagnóstico ou que são suspeitas dele, a gente vai olhar e nenhum delas tem uma vida familiar e social dita normal. Sempre é uma vida familiar e social muito complicada, muito. Então até que ponto isso é uma deficiência neurológica né, ou isso é só uma questão emocional, de ela conseguir por pra fora o que ela se sente oprimida no resto. Agora, o quanto também pode ser que toda essa questão familiar e emocional influencie no neurológico. Ninguém responde isso pra gente. [Camélia]

Percebe-se na fala acima que a professora traz elementos de diversas ordens: a vida “familiar e social”, o “neurológico”, o “emocional”. Na medida em que o TDAH se insere na fala de Camélia, aquilo que conta como causa ou efeito vai sendo constantemente embaralhado e colocado em dúvida. A docente considera três possibilidades: a existência de uma deficiência neurológica inata; a questão “familiar e emocional” influenciar no plano biológico/neurológico; ou o comportamento ser uma espécie de válvula de escape para uma “vida familiar e social muito complicada”.

Na entrevista com Margarida, foi dito algo parecido. A professora relata:

A gente começa a ver que o aluno tá muito agitado, tá não sei o quê. Então ele vai fazer diagnóstico, mas a gente consegue ver que o comportamento do aluno sempre por trás tem alguma coisa que veio. Tem ali algum problema com a escola, ou problema com a família. Então o aluno começa a não querer mais estudar, a ter aquele monte de coisa, não tem mais interesse. Tem alguma coisa ali. Então é um reflexo da família, do meio que ele tá. Até da escola, algumas coisas na escola. [Margarida]

Pode-se afirmar que, para ambas as docentes, o TDAH diz respeito mais a fatores relacionais das pessoas que recebem tal diagnóstico – que podem ou não ter implicações no plano neurológico – do que a alguma deficiência de ordem biológica. As falas que trarei a seguir deixam este ponto um pouco mais evidente:

A gente, que era criança há trinta, quarenta anos atrás, ia na escola só pra estudar. A gente brincava em casa, se divertia em casa, a gente brincava na rua, a gente andava de pé no chão, pulava corda, subia em árvore, fazia casinha. Hoje eles vêm pra escola que é o único lugar de socialização, pois a maioria deles são filhos únicos. Então eles vêm no colégio pra se relacionar e essas coisas de relacionamento vão aparecer no colégio e não em casa, por que lá eles não têm ninguém pra brincar. Então é muito fácil a gente ficar diagnosticando um monte de problema quando que na verdade é outra questão. É questão de relacionamento só. Pode ser que tenha uma doença social aí né. O que é ser hiperativo em uma sala de aula? Uma criança que fica no apartamento até meio dia, vem pra escola e aí vai ficar dentro da sala sentadinha naquelas cadeiras? Então em algum lugar vai escapar essa coisa deles né. Isso acho que é uma coisa que a gente tem que se preocupar sempre, em ficar diagnosticando coisa que não é né. [Camélia]

Ao advertir sobre esses possíveis equívocos, Camélia considera que o TDAH existe e há casos notórios, mas afirma que este é um terreno de incertezas. A professora levanta interessantes questionamentos: “Até que ponto essa coisa se mistura e a gente não tem um TDAH em todos os hiperativos e isso é uma coisa social? Porque isso aparece agora e não apareceu antes, porque antes não tinha?” Ela completa: “Tu sabe, né, a questão social muda e leva as pessoas a agirem diferentes”.

Margarida faz uma declaração parecida:

Não sei se é uma questão do diagnóstico que apareceu há pouco, né, que até poderia ter no meu tempo e ninguém via, ou se é um problema da sociedade né, produzido por ela quem sabe. Não sei, por que geneticamente não existe um gene que diga que tem TDAH, né. Então é um comportamento. Se é um comportamento pode ser uma coisa moderna. Por que não tinha antes, por que não era diagnosticado? Ou não existia mesmo? (...). Sempre que um aluno começou a ter um comportamento, ter uma dificuldade, tem alguma coisa. Não tem um problema assim de QI, uma deficiência nele. Se é comportamental, tem alguma coisa que tá gerando aquilo ali. . É o diagnóstico que é moderno ou é o comportamento? Essa é a questão né. Ou os dois né. Antes não tinha e agora tem, ou nossa sociedade está produzindo esse tipo de comportamento? (...). Então, eu acho que esse modo de vida, que ele tem que chegar correndo desde pequenininho, eu acho que é pior. Que daí a mãe tem que trabalhar, e bota na aula disso e daquilo pra ocupar a criança. ‘Pilha’ a criança e ele já fica ‘pilhado’ [risos].”
[Margarida]

As falas acima evidenciam que, tanto para Margarida quanto para Camélia, a “vida social”, a “sociedade moderna”, o “modo de vida” são aspectos preponderantes relacionados ao TDAH. Ambas deixam claro que não há certezas sobre o que é a causa ou o que é o efeito, bem como salientam que há vários fatores envolvidos, como a família e o plano emocional. Além disso, as docentes ressaltam que o TDAH contempla elementos que transcendem a esfera biológica/neurológica, ou seja, não dizem respeito tão somente ao cérebro da pessoa diagnosticada.

3. A medicalização do cérebro e a instituição escolar moderna

De acordo com Rogério Azize (2008), “a emergência de um

‘sujeito cerebral’ pode ser vista como mais uma manifestação do fisicalismo reducionista que toma conta dos discursos médicos contemporâneos” (Azize, 2008, p. 11). Logo, no discurso biomédico a correlação de que um indivíduo com TDAH é um cérebro com TDAH não é difícil de ser feita e, para uma causa biológica/neurológica, nada mais adequado que um tratamento químico medicamentoso que atue sobre este indivíduo.

Azize (2008) chama a atenção para as implicações disto em relação à noção moderna de “pessoa”, na medida em que uma imagética físico-moral¹⁰ se articula à emergência de um “sujeito cerebral” na contemporaneidade. Para esse autor, a centralidade do cérebro como elemento determinante e definidor do sujeito e das identidades individuais, órgão-central em relação a outros transplantáveis, reduziu a esfera do “mental” ou “psicológico” a uma consequência física da rede neuronal, a um epifenômeno do cérebro:

Se nós somos o nosso cérebro, todas as capacidades humanas, para o bem e para o mal, estão relacionadas a esse órgão, e não a qualquer estrutura de caráter metafísico. A ideia de ‘mente’ mantém-se viva nessa perspectiva, mas como um subproduto do cérebro, uma consequência da rede neural em funcionamento (Azize, 2010, p.570).

O dualismo entre “mente” e “corpo”, portanto, é diluído. Além disso, na medida em que a visão fisicalista cerebral é a visão hegemônica em relação às práticas e discursos sobre as doenças de ordem mental, vale salientar a aproximação que se dá entre os saberes

¹⁰ A expressão “físico-moral” é discutida pelo antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte, que defende a ideia que devem ser utilizadas formas alternativa à racionalização moderna sobre a “doença” e sugere que a configuração dos “nervos” é heurísticamente privilegiada para compreender algumas dimensões das ditas “perturbações”, as “perturbações físico-morais”. Para ele, a categoria do “nervoso” deve levar em conta o conjunto semântico que emerge a partir da relação entre o “físico” e o “moral”, adquirindo um caráter mediador entre a construção social da “pessoa” e da corporalidade com todas as dimensões da vida social, inclusive, a transcendental ou espiritual. A expressão “físico-moral” deve, portanto, ser utilizada para dar conta da ampla gama de experiências humanas entendidas como excepcionais que não sejam interpretáveis como estritamente físicas, expressão esta associada às condições em que tais experiências se realizam na cultura ocidental moderna, na qual o fisicalismo biomédico é hegemônico (Duarte, 1994 e 2003).

neurológicos e psiquiátricos e, para o escopo do presente artigo, suas implicações no caso do TDAH.

A convergência entre a neurologia e a psiquiatria é analisada por Alain Ehrenberg (2009) em relação ao que ele chama de “programa forte” na neurociência contemporânea. Enquanto o “programa fraco” corresponde às tentativas de avanço em relação a doenças tidas como neurológicas – como o mal de Parkinson e Alzheimer – o “programa forte” é o que “(...) acredita poder fundir neurologia e psiquiatria, quer dizer, *in fine*, tratar as psicopatologias neuropatologicamente e, talvez num prazo mais longo, agir mais eficazmente sobre nossa maquinaria cerebral para aumentar nossas capacidades de decisão e ação” (EHRENBERG, 2009, p. 189).

Para este autor, o sucesso da ideia de “neurobiologia da personalidade” deve ser creditado não só à medicalização do cérebro ou ao desenvolvimento de um aparato técnico para a visualização do funcionamento cerebral, mas, sobretudo, a uma “referência semântica apropriada” aos problemas formulados por nosso ideal de autonomia individualista. Segundo Ehrenberg (2009), pensar a si como um cérebro sadio ou doente seria uma espécie de consolo para as dificuldades em relação à adaptação a uma normatividade. A extensão do TDAH – por ele chamado de “hiperatividade com déficit de atenção” – aos adultos faz parte desse movimento, em que a “representação de si como cérebro doente” é uma “referência semântica apropriada” para quem “tem dificuldade de enfrentar o “mundo da decisão e ação” (*idem*, p. 202):

A síndrome de hiperatividade com déficit de atenção, considerada até agora como uma patologia da infância e da adolescência, atingiria vários adultos desorganizados em seus trabalhos ou incapazes de cumprir uma tarefa corretamente (4% da população adulta seria atingida no Canadá). O reconhecimento da síndrome permitiria, graças a uma maior tolerância social, aumentar a estima de si dessas pessoas e assim melhor “assegurar” seu desempenho na vida social (Ehrenberg, p. 203).

Nesse sentido, vale recuperar rapidamente os trabalhos de Alan Young (1976), um dos expoentes da antropologia médica norte-

americana dos anos 70, que enfatizava o quanto a exculpação¹¹ depende da possibilidade cultural para que "sinais" sejam transformados e operacionalizados como "sintomas". Se cotejarmos com as ideias de Ehrenberg, pode-se pensar que a possibilidade cultural de representar-se como um cérebro doente permitiria que "sinais" – como ser "facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa" – sejam significados como "sintomas" – como o sintoma *h* de desatenção presente nos critérios diagnósticos do DSM para o TDAH¹². Como consequência, o reconhecimento de uma "síndrome" como o TDAH possibilitaria que houvesse uma espécie de transferência de responsabilidade das pessoas "incapazes de cumprir uma tarefa corretamente".

Contudo, o que seria "cumprir corretamente" uma tarefa? Margarida, na medida em que resgata a "sociedade moderna" como uma possível causa do TDAH, traz uma pista interessante que vale a pena explorar. Afinal, estamos tratando de medicalização em uma instituição que tem suas raízes na modernidade: a escola.

De acordo com o historiador Philippe Ariés (1981), até antes do século XVIII as crianças ocidentais eram consideradas "adultos em miniatura" e vivenciavam cotidianamente as atividades destes. Não havia um local específico determinado pelo Estado onde elas fossem educadas e adquirissem conhecimentos, já que isto pertencia à esfera da responsabilidade familiar. Segundo o autor, é durante o século XVII que é forjado, principalmente entre educadores, um "sentimento de infância", que passa a considerar a infância como a idade da imperfeição, incompletude e dependência, fazendo-se necessário um *locus* no qual a educação fosse operacionalizada com vistas a corrigir, completar e formar este novo contingente infantil (Ariés, 1981).

A construção de um discurso sobre a infância e o projeto moderno de educação são instâncias intimamente relacionadas, afinal, é na modernidade que as crianças passam a ser alvo de inúmeros discursos normativos. De acordo com Maria Isabel Bujes (2002), "elas se tornam objetos de interesses de inúmeras classes profissionais, de iniciativas governamentais, de práticas especializadas, de legislação, de regimes de estatutos, de convenções" (Bujes, 2002, p. 63). Conforme evidencia Ariés (1981), é nesta época que emerge a ideia de uma pedagogia que

¹¹ Por exculpação, Young (1976) refere-se à possibilidade de um indivíduo transferir a responsabilidade de seus atos para alguma doença. Cabe também lembrar que Talcott Parsons já enfatizava a categoria do *sick role*, o papel desempenhado pelo doente, na sociologia médica dos anos 50.

¹² Vide Anexo I.

fundamentaria a elaboração e execução do projeto educacional da Modernidade. A escola torna-se um importante meio no qual seria formado o sujeito moderno, autônomo, auto-consciente e disciplinado, preparado para o mundo do trabalho.

Thomas Popkewits (2008) sugere a concepção moderna de infância foi introduzida no momento em que a criança passou a ser considerada estudante. Para este autor, a criança, vista como alguém que compreende a si como “uma pessoa racional, ‘solucionadora-de-problemas’ e em desenvolvimento” (2008, p. 177) marca uma espécie de distanciamento de uma fé transcendental que era um elemento fundamental nos antigos colégios de ordem jesuítica. Nesse sentido, Júlia Varela (2008) chama a atenção para a formação de uma ciência pedagógica que visava conhecer os modos de aprendizagem destas crianças e suas capacidades, ocorrendo uma espécie de “pedagogização dos saberes”. Essa autora argumenta que alguns efeitos decorrentes foram o desenvolvimento de um conjunto de técnicas e procedimentos para tal, bem como a instauração de um aparato disciplinar que garantisse a transmissão de saberes no interior do sistema de ensino, assegurado pela ordem e disciplina.

À medida que as concepções sobre a infância sofrem expressivas transformações na passagem para a Idade Moderna e o Estado começa a ter maior interesse na formação das crianças, a instituição escolar passa a exercer um papel fundamental na construção do sujeito da modernidade. Nesse sentido, é importante destacar que a escola faz parte de um conjunto de instituições modernas que, segundo Foucault (2005), faz parte de uma tecnologia política articulada com uma nova modalidade de poder que, diferentemente do poder soberano, encarregava-se da vida, e não mais da morte: o biopoder.

De acordo com Michel Foucault (1999), o biopoder é “aquele que se incumbiu da vida em geral, com o polo do corpo e o polo da população” (Foucault, 1999, p. 302). Para ele, o poder disciplinar age no corpo-organismo, no indivíduo, a fim de discipliná-lo e se baseia na ideia do *panóptico*. Já a biopolítica incide nos modos de vida da população, em que os regimes disciplinares do corpo são intimamente vinculados aos processos de subjetivação, estabelecendo mecanismos de regulação social e regimes de assujeitamento¹³. Para o autor, o poder é

¹³ Michel Foucault (1988) analisa que, no momento em que ocorre a inter-relação entre novas forças na época moderna – vida, trabalho e linguagem, manifestadas na biologia, economia política e linguística -, uma nova forma de ser humano, desvinculada da esfera do religioso, engendra um sistema punitivo

compreendido como relacional, estratégico, descentrado. Além disso, ele não é meramente coativo, repressor e negativo, mas também constitutivo e produtivo (Foucault, 1979).

É importante frisar que, para Foucault, o poder disciplinar e a biopolítica são instâncias articuladas. De acordo com Alfredo Veiga-Neto (2000),

É claro que, desde os seus primórdios, o jogo jogado a nível da população não se engendraria nem, muito menos, subsistiria se não estivesse se dando, ao mesmo tempo, o jogo jogado a nível do indivíduo. Foi na combinação entre essas duas superfícies que se instituiu todo um novo conjunto de práticas sociais de modo a dar novas configurações a algumas antigas instituições: a prisão, a escola, o hospital, o quartel, a fábrica (Veiga-Neto, 2000, p. 188, grifo nosso).

Nesse sentido, é interessante resgatar a perspectiva foucaultiana sobre a governamentalidade neoliberal (Foucault, 1997). Segundo o autor, “o liberalismo deve ser analisado como princípio e método de racionalização do exercício de governo – racionalização que obedece, e aí está a sua especificidade, à regra interna da economia máxima” (Foucault, 1997, p.90). O liberalismo agiria de forma a proporcionar uma espécie de maximização da governamentalidade, em que uma das estratégias para tal consistiria em uma política de subjetivação que amplificaria a sensação de liberdade individual. Para tornar-se mais econômico, o governo deve agir de forma a ser mais sutil e mais eficaz, sobressaindo a ideia que para governar mais, é preciso governar menos.

A racionalidade política moderna, portanto, é aquela que concomitantemente, totaliza e individualiza. Em consonância com esta racionalidade, vale ressaltar o papel das instituições e, mais especificamente, da escola: “(...) se por um lado a escola constitui individualidades singulares, criando subjetividades que se pensam únicas e indivisíveis, ela também cria posições de sujeito subordinadas a um todo social, fora das quais cada sujeito nem mesmo faz sentido” (Veiga-Neto & Saraiva, 2011, p. 9).

que procura assegurar e reproduzir a economia política do corpo para criá-lo com docilidade e extrair dele utilidade.

Para as intenções deste artigo, é interessante pensar na articulação entre os sujeitos que emergem da instituição escolar moderna e a medicalização de tais sujeitos. Conforme apontei anteriormente, a aproximação da medicina – mais especificamente, da neurologia – com a pedagogia e a educação vem de longa data, bem como a ideia de que possa haver disfunções cerebrais envolvidas nas dificuldades de aprendizagem. Nesse sentido, as implicações da visão biomédica fisicalista hegemônica estendem-se também para a instituição escolar e estão nas bases que fundamentam a medicalização da educação. É nesta imbricação que o TDAH se insere, entre a normatividade escolar e a normatividade biomédica.

Cabe agora retomar as falas das professoras que entrevistei. Afinal, de que forma as professoras lidam com essa complexa relação de normatividade?

4. Confusões, incertezas e preocupações...

Tanto Camélia quanto Margarida ressaltaram que estudantes diagnosticados com TDAH vêm de uma vida progressa “complicada”, “alguma coisa que veio”. Contudo, talvez esta seja uma constatação posterior ao diagnóstico. A pergunta que se segue é: quais os critérios que as professoras se baseiam para desconfiar que alguma aluna ou aluno possua TDAH?





É interessante resgatar algumas recordações das docentes quando as perguntei sobre a possibilidade de haver estudantes diagnosticados com TDAH na época em que elas estavam na escola. Na medida em que as professoras negavam a existência do TDAH em termos de diagnóstico, emergiram em suas falas elementos relacionados à normatividade tanto em termos comportamentais quanto em termos de aprendizagem – avaliada por meio das boas notas. Além disso, enquanto Margarida, Violeta e Camélia se lembraram dos colegas “agitados” ou “terríveis”, tanto Hortênciã quanto Rosa recordaram-se de si mesmas.

Há uma interessante sutileza em relação às lembranças dessas duas últimas. Hortênciã recorda-se que em seus tempos de estudante era uma pessoa “mais distante”, que “ficava enfiada na biblioteca”. Já Rosa resgata que diziam que ela era “sapecã” e “não se comportava”. Se pensarmos em termos de normatividade comportamental, Hortênciã seria uma espécie de pessoa “hipoativa”, enquanto Rosa “hiperativa”. De acordo com suas falas, ambas poderiam ser diagnosticadas e, de fato, Rosa considera-se alguém com TDAH. Contudo, as boas notas de

Hortência a isentaria de “chamar a atenção”, as quais nem aparecem no discurso de sua colega.

Em relação ao perfil de estudantes diagnosticados com TDAH na escola em que leciona, Hortência salienta que “os alunos quietinhos, mesmo que tirem nota baixa e não incomodem o professor, ele vai sendo empurrado. Ele tem dificuldade e vai passando. Os alunos que são diagnosticados com TDAH são aqueles que tem nota baixa e sobretudo os que são muito salientes”. Já Camélia faz a seguinte consideração sobre um de seus alunos com o diagnóstico: “Ele não tem nenhum problema intelectual, ele aprende e muitas vezes mais que os outros. Só que ele não fica parado, não para de falar, não sossega”.

Vale destacar a forma pela qual a questão comportamental e a aprendizagem se relacionam no diagnóstico do TDAH, segundo as falas das professoras. O esquema abaixo ajuda a visualizar a maneira com que essas variáveis se articulam:

COMPORTAMENTO	APRENDIZAGEM	DIAGNÓSTICO
“Agitado” / “salientes” / “não sossega”	“nenhum problema intelectual” / “sem problema de QI”	 Sim
	“notas baixas”	 Sim
“Parado” / “quietinhos”	“tem dificuldade”	 Sim
	“sem problemas”	 Não

É importante frisar que a figura acima não significa que somente estas variáveis determinam ou não o diagnóstico do TDAH segundo as professoras. O ponto que quero salientar é que talvez, para elas, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade esteja relacionado mais fortemente à Hiperatividade do que à Atenção. Uma nota alta isentaria um aluno “parado” de ter o diagnóstico, conforme sugere Hortência ao falar sobre si mesma. Entretanto, o mesmo não ocorreria para aquele que “não sossega”.

Um interessante aspecto ressaltado pelas docentes diz respeito aos equívocos e confusões acerca do diagnóstico do TDAH. Segundo a professora Camélia, há ocorrências em que existe “claramente esse distúrbio”, conforme alguns casos que ela relatou. Contudo, ela adverte: “tem muito sintoma de TDAH que se confunde com uma questão de educação. Então, pode existir uma tendência da gente achar que alguém tem e na verdade não ter, né, é uma questão de estar mimado mais do que o normal”.

A fala de Violeta segue na mesma linha:

Minha preocupação é que toda criança que seja mais agitada seja diagnosticada como quem tem TDAH. Eu não acredito muito nisso, acho que tem que ser algo bem mais pensado e analisado para que tenha um diagnóstico desse. Acho que a criança com hiperatividade tu tem que estar chamando constantemente, pedindo pra que ela preste atenção, que é como se ela não conseguisse dominar o que ela quer fazer né. Eu imagino que seja assim. [Violeta]

A despeito das considerações sobre a não existência do TDAH em termos de diagnóstico durante a época em que elas estavam na escola, nenhuma das professoras negou que atualmente o TDAH exista, visto que para elas há alunos e alunas que “claramente” o possuem – e, no caso de Rosa, ela mesma. Todavia, as docentes deixam claro que o processo de diagnóstico é ainda um terreno de incertezas e passível de perniciosas confusões:

Eles [*seus alunos e alunas*] enfiam um lápis dentro de uma borracha e vira uma brincadeira, eu percebo isso. Aí pegam uma

caneta e fica rabiscando, aí eu vou dizer que todas as crianças da turma tem hiperatividade. Se eu for por esse lado, todos eles são hiperativos. E a gente também, quando está numa palestra, tá fazendo alguma coisa, tá desenhando, mesmo que a gente esteja prestando atenção ou não. E isso acontece em sala de aula também. Então acho que hiperatividade é algo mais do que a gente vê comumente em sala, só que acho que tá ficando uma coisa muito generalizada. [Violeta]

Nas falas acima, são claras as preocupações sobre a generalização do diagnóstico do TDAH. Conforme as entrevistas prosseguiram, tornou-se evidente que tais preocupações giravam em torno da ampliação da prescrição de medicamentos para o tratamento de estudantes.

Violeta trouxe o seguinte relato sobre uma de suas alunas diagnosticadas com TDAH: “Ela realmente está olhando pra mim, mas ela está totalmente apática, ela não se envolve”. Para a docente, o uso do medicamento pela aluna não é algo que garanta que esta esteja atenta na aula. “Falando com a família, eu disse que preferia que ela ficasse sem”, ela completa. Na entrevista com Margarida, é dito algo parecido sobre uma de suas alunas com o diagnóstico:

Ela senta na primeira carteira e é muito parada, assim mesmo como eu tô te olhando [*ela simula um olhar fixo e distante*]. E tem muita dificuldade pra aprender. Ela presta atenção, fica parada assim. A gente pensa que ela tá prestando atenção, mas não sei se ela tá sob efeito de Ritalina. A gente entende hiperatividade quando o aluno não para, né, mas ela já é parada.

Já a professora Camélia fez a seguinte consideração:

Da última vez que a gente conversou com a família, tava experimentando outro medicamento, o psiquiatra tava trocando o

medicamento. Era Ritalina. Às vezes tira a Ritalina e deixa sem nada, pra esperar passar o efeito pra trocar e colocar um novo, esperar fazer o efeito do novo. [...] O medicamento às vezes funcionava, às vezes não. O médico tava tentando acertar e, pelo o que eu tenho ouvido, ainda não está bom. Ainda tem uma dificuldade grande de manter ele dentro da sala, né, dos colegas conseguirem aguentar [Camélia].

Camélia ressalta a questão comportamental e fala das implicações nos outros estudantes: “não existe momento de descanso nem pra ele nem para os que estão com ele, então os colegas que estão com ele ficam cansados”, diz a professora. Durante a aula, ela relata que às vezes precisava pedir a este aluno “dar uma voltinha, tomar uma água e voltar”. Os colegas se cansam, surgem conflitos: “Existe muito conflito. Pega outro menino que é agitado também, que é o briguento da turma, eles vão brigar de se bater”.

Percebe-se que o comportamento desse estudante é algo que gera bastante preocupação em Camélia. O fato de ele não permitir-se um “momento de descanso” cansa os colegas e ela prefere tirá-lo da sala de aula por alguns momentos. Para ela, o medicamento, quando está bom, pode ajudar a mantê-lo dentro de sala. Contudo, a docente faz a seguinte ressalva:

É uma coisa muito anterior, que é essa coisa do emocional dele. É anterior, né. E aí se o psiquiatra resolve dar o remédio, provavelmente é porque ele precisa ter um pouco de calma pra poder tratar aquela confusão toda que ele tem antes. [Camélia]

Mais uma vez, a professora remete à questão emocional e à situação anterior de um aluno diagnosticado com TDAH. Em outros momentos da entrevista, ela deixa claro que o tratamento medicamentoso não deve ser o único, mas, conforme a fala transcrita acima, em algumas situações o remédio pode ajudar para que o estudante tenha “um pouco de calma pra poder tratar aquela confusão toda que ele tem antes”.

Hortência vê com bastante preocupação a questão da medicação

e questiona seus benefícios. Ela afirma: “Eu temo. Temo os efeitos colaterais deste tipo de medicação. Até que ponto para tirar um ponto a mais nas matérias ele deve tomar um remédio tarja preta por sei lá quantos anos”. Percebe-se que, no caso ela, o TDAH está mais relacionado ao desempenho escolar do que ao comportamento. Diferentemente de Camélia, talvez alguma aluna ou aluno de Hortência diagnosticado com TDAH não tivesse algum problema de ordem comportamental. Contudo, vale ressaltar que ambas estão falando da mesma coisa: o TDAH e seu tratamento medicamentoso.

O fato do TDAH ser uma categoria que contemple diversos elementos, como a questão comportamental, a chamada “hiperatividade”, a dita “desatenção” e a dimensão da aprendizagem, entre outros, traz uma série de implicações, já que estes elementos na maioria das vezes estão misturados. Se, no caso de Hortência e Camélia, o medicamento poderia, respectivamente, melhorar o desempenho escolar e o comportamento do indivíduo diagnosticado – algo visto por elas não sem ressalvas –, tanto Margarida quanto Violeta ressaltam suas preocupações com a “apatia”.

Para a professora Rosa, a melhor estratégia para lidar com o TDAH é aumentando o número de coisas pra fazer. Ela cita seu próprio caso: “Eu tenho que fazer ‘trocentas’ coisas ao mesmo tempo. Tipo assim, se eu ficar só dando aula, eu fico louca. Dá depressão”. A docente salienta que é contrária ao uso do medicamento, exceto se “for uma coisa mais natural, de relaxamento, pra poder dormir. Mas não pra não ficar agitado durante o dia. A agitação do dia eu acho que tem que tirar com atividades”.

Segundo a professora, o TDAH não é um déficit, algo que falta. É algo que sobra e, se “utilizado para o seu bem”, pode permitir a realização de um maior número de atividades, como foi seu caso. Rosa define o TDAH da seguinte forma: “As pessoas que têm síndrome de déficit de atenção têm muita atenção em muitas coisas. É isso, no meu modo de ver. É excesso, e as pessoas lidam como se fosse uma falta”. E isto tem implicações em sua prática docente:

Quando chega aluno com diagnóstico, eu faço de conta que nem tem. Trato igual e chamo pro compromisso, nem dou bola. Eu esqueço o diagnóstico. Todos os alunos que vieram com TDAH eu faço isso. TDAH é normal como os outros, vou trabalhar em sala, mas não interfere no meu processo,

muito pelo contrário, é um aluno que eu posso contar. É um aluno que eu sei que pode fazer uma tarefa pra mim, distribuir texto, fazer outras coisas na sala que, ao invés de dispersar, isso vai concentrar. É o oposto. [Rosa]

Por mais que ela considere que “TDAH é normal como os outros” e não interfira em seu trabalho em sala, a professora ressalta que é um aluno que ela sabe que pode contar. Logo, a professora deve dar algumas atribuições a mais que, “ao invés de dispersar, vai concentrar”. A distribuição de textos em sala de aula vira mais do que uma atividade trivial e torna-se quase que uma atividade terapêutica, algo que deve contribuir para manter o aluno concentrado. Mais e mais atividades devem ser pensadas para que o estudante se concentre. Ao dizer que “esquece” o diagnóstico de alguma aluna ou aluno, talvez a docente esteja querendo dizer que tem facilidade para lidar com isso. Ela completa:

Eu tive o caso de um aluno que chegou e disse: “Eu tenho TDAH”. Tipo assim, “ó, você tem que cuidar de mim”. Eu disse: “Olha, que bom, eu também tenho”. “Ah professora, você tem?” “Sim, e sobrevivo tranquilamente com isso”. Nunca o guri me incomodou. Tinha problema com os outros, comigo nunca teve. Nunca, nunca, sabe. Não tive nenhum problema. Porque a gente conversava, daí eu dizia “você tem que ir controlando a ansiedade, você quer fazer mil coisas ao mesmo tempo, né”. [Rosa]

Nota-se que, de acordo com sua fala, o fato de Rosa considerar-se alguém que possui TDAH facilita seu relacionamento com algum aluno ou aluna que tenha este diagnóstico. Para a professora, o TDAH não é um entrave que necessariamente prejudique o desempenho escolar, dependendo da forma com que se lida com isso: “Tô aqui, já fiz doutorado”, ela diz. E completa, em meio a risadas: “Quando fiz o doutorado, fazia todos os capítulos ao mesmo tempo. Minha orientadora ficava louca!”.

5. O sujeito bio-neuro-pedagógico e a medicalização da subjetividade

Na medida em que o TDAH é reconhecido, tratado e diagnosticado, sobressai a ideia que há uma tendência a uma racionalização biomédica da vida da qual emerge um sujeito que não é meramente orgânico, mas racionalizado e individualizado. Um sujeito “capaz de se manter na ‘cadeia produtiva’ (doméstica ou do trabalho assalariado) e potencializado enquanto sujeito produtor e produtivo” (Maluf, *no prelo*, p. 9).

Em pesquisa recente, Maluf (2010) analisa o quanto o fenômeno do consumo de medicamentos psicotrópicos e do uso de um léxico médico, sobretudo entre mulheres de classes populares, caracteriza uma mudança significativa na percepção dos sofrimentos entre estes setores, vistos como tradicionalmente menos habituados aos oficiais e dominantes discursos psicologizantes e biomédicos. Intensifica-se a racionalização de um modelo de explicação vinculado a um paradigma biomédico, acarretando em toda uma configuração de valores que essencializa a importância do medicamento, perpassando as práticas e discursos de toda a rede de atores sociais da Saúde Mental:

(...) mesmo com toda a crítica acadêmica à medicalização e à dimensão política do uso das tecnologias médicas como regimes de assujeitamento e controle, percebe-se nos diversos movimentos sociais ligados a saúde, nas políticas públicas e nos discursos dos chamados “usuários” do sistema público de saúde um certo consenso em torno de uma “demanda por medicalização” (Maluf, 2010, p. 46).

Nesse sentido, o corpo e a subjetividade, sobretudo das mulheres, tornam-se não só medicalizados, vinculados ao paradigma biomédico dominante, mas também fortemente medicamentizados. Maluf (2010) evidencia a forma pela qual a medicalização massiva é acompanhada do reconhecimento do paradigma biomédico, mas é algo que não ocorre sem a resignificação destes valores, de acordo com as experiências individuais¹⁴.

¹⁴ Vale resgatar a pesquisa de Maria Lúcia da Silveira (2000), em que a autora mostra a existência de uma espécie de “surdez médica” em relação às narrativas das “nervosas” de uma comunidade pesqueira da Florianópolis, quase que uma recusa em tratá-las, recitando-as, em sua maioria, calmantes ou mesmo

Maluf (*no prelo*) discute o quanto a disseminação do uso de psicofármacos e do dialeto médico-psiquiátrico entre sujeitos de classes populares – sobretudo mulheres – sugere um deslocamento do paradigma dos “nervos” de Luiz Fernando Dias Duarte¹⁵ para um modelo de medicalização das aflições e da subjetividade:

Se no caso dos nervos e das nervosas, havia uma desconsideração por parte do campo médico em relação mesmo a estabelecer um diagnóstico, quanto mais a tratar, nessa nova configuração da perturbação, ocorre de um lado o reconhecimento e a medicalização (em muitas situações observadas visivelmente excessiva) e de outro a incorporação de um discurso racionalizador sobre a experiência do sofrimento e da doença, juntamente a um processo crescente de medicalização da vida e da subjetividade (Maluf, *no prelo*, p. 9)

O “sofrimento” das “nervosas” evidencia uma tecnologia médica relacionada aos regimes de subjetivação, regimes de constituição de sujeitos. Sujeitos que fazem parte de um dispositivo disciplinador, o qual não atua sem a participação dos envolvidos. As questões que se seguem são: o que ocorre quando estes sujeitos de quem estamos tratando são estudantes e, portanto, fazem parte de um mecanismo institucional – a escola – que por si só já traz uma série de implicações? Quais as decorrências disto se pensarmos que o que há são “cérebros” a serem educados, cérebros considerados sadios ou doentes que se encontram em uma mesma sala de aula?

Considerando a escola como uma instituição moderna, com dispositivos de controle e disciplinamento, é interessante explorar as tensões e implicações que são engendradas na medida em que a contenção química passa a ganhar força neste universo. Simone Vieira de Souza (2013) aponta instigantes considerações para a relação entre a aprendizagem e a medicalização de estudantes, ao analisar o que ela

placebos. Isto se deu acompanhado do estabelecimento de toda uma rede para a obtenção de psicotrópicos por parte destas, bem como uma apropriação de um léxico biomédico que passou a constituir suas narrativas. Além disso, Silveira mostra que as “nervosas” por vezes acionavam os “nervos” de forma positiva, para atenuar o peso das relações conflituosas com filhos e maridos, marcadas pela violência.

¹⁵ Sobre o paradigma dos “nervos”, ver nota de rodapé 10.

chama de “queixa escolar”. A pesquisadora mostra como a lógica medicalizante, ao trazer uma explicação que culpabiliza a “síndrome” ou o “transtorno” dos estudantes que apresentam dificuldades na aprendizagem, mascara questões de ordem social, política, educacional, entre outras:

Nesse mercado em que se configuram a indústria dos diagnósticos e a indústria farmacêutica, na ação de criar doenças, a medicalização da Educação (no discurso e prática) tem cumprido, de forma eficaz, o dispositivo de controle, a submissão das crianças/estudantes, e tem garantido, com isso, o silenciamento de conflitos de outra ordem. Ou seja, a medicalização da Educação tem orientado uma prática de vigilância punitiva – majoritariamente balizada pela contenção química – prática que, no âmbito escolar, tem se mostrado eficaz, mas, ao que parece, à saúde da indústria farmacêutica (Souza, 2013, p. 96).

Souza evidencia a forma pela qual o peso que um olhar desqualificador, intensamente presente na esfera educacional, pautado sob a égide da normatização, classificação e do disciplinamento, age de forma a orientar práticas que justificam os encaminhamentos de estudantes para os médicos. Vale resgatar o comentário da psicanalista francesa Maud Mannoni (1988), ao criticar que no lugar de procurar mudanças estruturais na Educação, tornou-se preferível “(...) remediar os efeitos das anomalias geradas por um ensino inadequado à nossa época. Remediar os efeitos significa, neste caso, encarregar a medicina de responder onde o ensino fracassou” (Mannoni, 1988, p. 62).

Um aspecto significativo desta imbricação entre a esfera da medicina e da educação – mais especificamente, entre as esferas neurobiológica e pedagógica – tem a ver com as políticas públicas universalistas tanto de Saúde quanto de Educação. Assim como a política do Sistema Único de Saúde – o SUS – promove o acesso universal à Saúde, a Lei de Diretrizes e Bases também promove o acesso universal à Educação. Na medida em que tanto o sistema público de Saúde quanto o sistema público de Educação são direitos que devem (ou deveriam) estar ao alcance de todas as pessoas, depreende-se que os discursos e as práticas hegemônicas de ambos os campos também são

universalmente estendidos. O estudante, o sujeito escolarizado, é o sujeito universal neurobiológico e pedagógico¹⁶.

Um desdobramento interessante desta ideia é pensar a forma pela qual a diferença vai sendo construída, ressignificada e legitimada no âmbito escolar. O estudante que “frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado” ou que “com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias” – a criança “sapeco” ou o menino “abobadinho” – torna-se o portador de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e vai sendo deslocado para a esfera da diferença¹⁷. A diferença é psiquiatrizada e, como vimos, biologizada.

Sobressai-se aqui a ideia de “biolegitimidade”. Em diálogo com Didier Fassin, Maluf (2011) defende a ideia que “é o conceito de biolegitimidade que melhor define a questão crucial do contemporâneo, não mais o poder *sobre a vida* (biopolítica), mas o poder *da vida* enquanto tal” (2011, p. 16, grifo da autora). O comportamento heterogêneo, as diferentes formas e ritmos de aprendizagem e as diversas maneiras de estar no mundo não são justificáveis pela existência social, pela experiência estudantil de estar na escola. O direito universal à Educação só é possível na medida em que o estudante é biologicamente reconhecido, clinicamente diagnosticado, quimicamente tratado e, assim, politicamente legitimado. Configura-se uma espécie de deslocamento da legitimidade da vida como *bios* – a vida em grupo,

¹⁶ Uma crítica interessante em relação à ideia de que exista uma espécie de universalidade e homogeneidade entre estudantes no âmbito escolar é a de Pierre Bourdieu, crítica esta bastante contundente nos *Escritos sobre a Educação*. Nesta obra, o autor analisa a instituição escolar francesa como um espaço em que a escamoteada violência simbólica legítima as relações hierárquicas de poder ali presentes, agindo de forma a manter e reproduzir o *status quo*. Bourdieu (1998) sugere que a suposta meritocracia escolar é um subterfúgio que mascara as relações desiguais dadas no campo da educação. Para ele, a forma com que a escola desconsidera as diferenças de “capital cultural” reforça a violência simbólica, ao tratar desiguais como iguais.

¹⁷ As duas primeiras expressões utilizadas entre aspas neste parágrafo são, respectivamente, o sintoma *b* de hiperatividade e o sintoma *i* de desatenção, presente nos critérios diagnósticos do DSM para o TDAH (*Vide Anexo I*). “Sapeco” e “abobadinho” são termos utilizados pelas professoras com quem conversei em minha pesquisa anterior.

política – para a legitimidade da vida como *zoe* – a vida no plano biológico¹⁸.

6. Considerações finais

É importante frisar que as falas que trabalhei neste artigo foram produzidas em um tipo particular de evento discursivo: uma entrevista formal. Nela, diferentemente de uma comunicação informal, há a necessidade por parte do entrevistado de adaptar a forma e o conteúdo da informação para que pareça com uma resposta à pergunta. Ao evocar certas memórias, preocupações e expectativas, há uma seleção daquilo que é significativo ser relatado e frequentemente um ponto de vista moral é marcado.

Uma entrevista formal não se restringe a um contexto de transmissão explícita de dados. Ao trazerem suas versões de realidade, as professoras avaliavam eventos específicos em termos de normas, expectativas e potencialidades sociais: ideias do que é racional e moral, bom e valioso num determinado momento e numa dada situação. Além disso, vale destacar que a dimensão referencial do discurso – sobre o que está sendo falado – é articulada ao plano indexical. De acordo com Charles Briggs (1986), o discurso de uma entrevista é em grande parte indexical, pois o significado das respostas está submetido às perguntas, situação social, relação entrevistador/entrevistado, enfim, depende de algumas características contextuais em que a mensagem foi emitida.

Assim como as docentes trouxeram suas versões de realidade em um dado contexto, o presente artigo segue na mesma linha. Na tentativa de respeitar o espaço que tenho aqui, dar coesão a meu texto e conferir coerência a meus argumentos, a narrativa que elaborei privilegiou alguns elementos e obscureceu outros. Das quase trinta páginas de entrevistas transcritas, escolhi explicitar as falas das professoras e minhas perguntas sequer apareceram. Além disso, algumas docentes apareceram mais que outras; alguns trechos de suas falas foram selecionados, outros não. Este artigo, portanto, é também uma versão de uma realidade possível, que evidencia algumas possibilidades e conseqüentemente, algumas impossibilidades.

As falas das docentes trouxeram uma série de questionamentos mais amplos, que demandam uma investigação de maior complexidade. Afinal, quais as tensões e especificidades que emergem de suas práticas

¹⁸ Vale lembrar que, em relação a isso, Didier Fassin dialoga com Giorgio Agambem e Hannah Arendt.

e discursos em relação ao diagnóstico de TDAH e medicalização de suas/seus alunas/os? Qual o lugar ocupado pelos medicamentos consumidos pelos estudantes com tal diagnóstico e de que maneira se configura a própria relação entre o pedagógico e o terapêutico? Além disso, como se conformam os dispositivos da escola em que as professoras lecionam que dizem respeito à dita saúde mental dos estudantes e de que forma as práticas e discursos das/dos docentes são articulados a tais dispositivos?¹⁹

Embora a complexidade e a densidade que emergem de tais questionamentos não sejam possíveis de ser exploradas a partir de uma análise de entrevistas formais, creio que estas apontaram para fecundas direções. Segundo as professoras, o diagnóstico é algo complexo e confuso; o tratamento medicamentoso, delicado e preocupante; o TDAH, tanto biológico quanto social e cultural. Nenhuma das docentes negou a existência do TDAH como um distúrbio, mas todas salientaram que este é um terreno de tensões, ambiguidades e incertezas. E talvez sejam justamente esses elementos que evidenciam a fertilidade deste terreno, no qual o empreendimento antropológico encontra seu lugar: a tensão, ambiguidade

¹⁹ Explorarei esses e outros questionamentos em minha pesquisa de mestrado, realizado no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC), na qual desenvolverei uma investigação etnográfica em uma escola de Florianópolis, Santa Catarina, com o intuito de pesquisar e discutir sobre a construção do diagnóstico do TDAH e a medicalização de estudantes na perspectiva de professoras e professores deste colégio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. S. Rumos e diretrizes dos cursos de Psicopedagogia: análise crítica do surgimento da Psicopedagogia na América Latina. In: **Cadernos de Psicopedagogia**, v.3, n. 6, 70-71, jun. 2004.

ANDRADE, C.R.M. *et al.* Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In: **Rev. Med. Minas Gerais**, 21(4): 455-464, 2011.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

AZIZE, R. L.. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. In: **Mana**. Volume, 14, n. 1, pp. 7-30, 2008.

_____. **A nova ordem cerebral: a concepção de “pessoa” na difusão neurocientífica**. Tese de Doutorado em Antropologia Social do Programa de pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

BOSSA, N. **A Psicopedagogia no Brasil: contribuições a partir da prática**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

BOURDIEU, P. **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 1998

BRIGGS, Charles. **Learning how to ask: a sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986

BRZOSKI, F. S. & CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social. In: CAPONI, S. *et al* (Orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Editora Unisul, p. 214-228, 2010.

BUJES, M. I. E. **Infância e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CYPEL, S. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade:** atualização para pais, professores e profissionais de saúde. São Paulo: Lemos, 2001.

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

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de S. (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. In: **Ciência & Saúde Coletiva** 8 (1), 2003, p. 173-183

EHRENBERG, A. Le sujet cerebral. In: **Esprit**, 309:130-155. 2004.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade I:** A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. Nascimento da biopolítica. In: **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p.87-97

_____. **Em Defesa da Sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e Punir:** história de violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2005.

ITABORAHY, C. **A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação e m saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

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

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MALUF, S. W. **Antropologia do sujeito e políticas da vida**: uma reflexão sobre biopolítica, experiências sociais e modos de subjetivação no contexto das políticas de saúde mental no Brasil. 2011. (mimeo)

MALUF, S. W. **Medicamentos e aflições contemporâneas: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero**. (no prelo)

MANNONI, Maud. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MEISTER, E. K.; BRUCK, I.; ANTONIUK, S. A. *et al.* Learning disabilities: analysis of 69 children. In: **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, p. 338-341, 2001.

POPKEWITS, T. História do Currículo, Regulação Social e Poder. In: SILVA, T. (org.). In: **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, p. 173-219, 2008.

ROHDE, L. A. *et al.* **Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Porto Alegre. Artmed, 2003, 236 p.

RUSSO, J. & VENANCIO, A.T.A. (2006) “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III.” In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Ano IX, n.3, 2006.

SCOZ, B. **Psicopedagogia e realidade escolar**: o problema escolar e de aprendizagem. 2ª ed. Petrópolis: Vozes. 1994

SILVEIRA, M. L. **O Nervo Cala, O Nervo Fala**: A Linguagem da Doença. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2000.

SOUZA, S. V. **O estudante invisível na queixa escolar visível: um estudo sobre a constituição do sujeito na trajetória escolar**. Tese de Doutorado em Educação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VARELA, J. O Estatuto do Saber Pedagógico. In: SILVA, T. (org.). In: **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, p. 87-96, 2008.

VEIGA-NETO, A. Educação e Governamentalidade Neoliberal: novos dispositivos, novas subjetivações. In: PORTOCARRERO, Vera; CASTELO BRANCO, Guilherme. In: **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2000. P. 179-217.

VEIGA-NETO, A. & SARAIVA, K. Educar como arte de governar. In: **Currículo sem Fronteiras**, v.11, n.1, pp.5-13, Jan/Jun 2011.

WERNER JÚNIOR, J. **Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2000.

YOUNG, Alan. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. In: **American Anthropologist**. 78(1):5-24, 1976.

ANEXO I

Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV

- A.** Ou (1) ou (2)
- (1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
- Desatenção:*
- a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
 - b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
 - c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
 - d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
 - e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
 - f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
 - g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
 - h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas
 - i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias
- (2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
- Hiperatividade:*
- a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
 - b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
 - c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
 - d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
 - e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
 - f) frequentemente fala em demasia
- Impulsividade:*
- g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
 - h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez
 - i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intrmete-se em conversas ou brincadeiras)
- B.** Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
- C.** Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).
- D.** Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- E.** Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).
-

Fonte: American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artmed, 2002.