



A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E OS MECANISMOS DE CONTROLE:

reflexões sobre o TDAH¹

Tatiana de Andrade Barbarini*

Resumo Este artigo propõe uma reflexão sociológica acerca do tratamento psiquiátrico e medicamentoso prescrito a crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), definido por psiquiatras e literaturas especializadas como um transtorno mental cujos sintomas são: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esse tipo de proposta é importante, pois investiga qualitativamente alguns processos relacionados ao transtorno e seu tratamento, tais como biologização, patologização, medicalização e estigmatização de certos comportamentos infantis, além de suas consequências para as crianças que recebem o diagnóstico de TDAH e têm sua condição patológica confirmada. O intuito é revelar aspectos sociais, culturais e históricos omitidos pela naturalização do transtorno, uma vez que sua etiologia é aceita como primordialmente biológica (o que confere papel secundário a fenômenos sociais). Abordam-se o discurso e saber psiquiátrico acerca do transtorno e as experiências leigas dos sujeitos que vivenciam o TDAH e que estão em contato com profissionais de saúde especializados, para que se analise se o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso podem ser interpretados como mecanismos de controle de vidas. Os dados foram coletados por meio de pesquisas bibliográfica e empírica. A pesquisa de campo se desenvolveu no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e contou com o método etnográfico e as técnicas de observação participativa, bem como entrevistas semiestruturadas (com profissionais de saúde atuantes no referido ambulatório, crianças entre 6 e 12

* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1 Este artigo contém resultados de pesquisa de Mestrado, orientada pela profa. dra. Maria Lygia Quartim de Moraes e financiada pela FAPESP (também contou com o apoio da CAPES). O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP, com o Parecer nº. 694/2009.

anos diagnosticadas como portadoras de TDAH e seus pais ou representantes legais) e produção e interpretação de desenhos infantis.

Palavras-chave TDAH; sociologia da saúde; medicalização; infância.

MEDICALIZATION OF LIFE AND CONTROL MECHANISMS: REFLECTIONS ON ADHD

Abstract *This article aims to reflect sociologically on the psychiatric and medicamental treatment prescribed to children diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). It is defined as a mental disorder by psychiatrists and specialized literature and its symptoms are: inattention, hyperactivity, and impulsivity. This kind of proposition is important because it investigates qualitatively some processes related to the disorder and its treatment, such as biologization, pathologization, medicalization, and stigmatization of certain children's behaviors, and their consequences for those children who are diagnose with ADHD and whose pathologic condition is confirmed. In other words, we have the purpose of unveiling social, cultural, and historical aspects suppressed by the naturalization of ADHD, since its etiology is accepted as primordially biological. As a consequence, social phenomena have subordinate role. In order to accomplish its aims, this article approaches the psychiatric speech and knowledge on ADHD and the lay experiences of individuals who live with the disorder and in contact with specialized health professionals. We wish to analyze if ADHD and its psychiatric and medicamental treatment can be seem as life control mechanisms. Information was collected in bibliographical and empirical researches. The field research was developed at "Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)". We used ethnographic method and techniques of participative observation, semi-structured interviews (with health professionals acting at the above mentioned clinic, 6-to-12-years-old children diagnosed as ADHD bearers, and their parents or legal guardians), and children's drawings production and interpretation.*

Keywords ADHD; health sociology; medicalization; childhood.

INTRODUÇÃO

A sociedade atual exige cada vez mais de seus membros comportamentos racionais e individuais, voltados ao trabalho e ao sucesso. Flexibilidade, desapego emocional, produtividade e eficiência são algumas das características exigidas dos indivíduos (LIMA, 2005), inclusive das crianças, para quem o fracasso escolar é o principal sinal de que seu desempenho está abaixo do esperado. Isso evidencia

que as crianças, desde muito cedo, são submetidas a ambientes competitivos, nos quais há comparação, classificação e punição dos “inadaptados”.

Por muito tempo, a família, a escola e a Nação foram os responsáveis pelo cuidado e pela educação das crianças, mas outros atores entraram no palco do mundo infantil: os profissionais de saúde. Em situações em que os problemas da infância não são resolvidos por pais ou professores, a medicina e, no caso especial do objeto de estudo deste artigo, a psiquiatria assumem o papel social de apresentar as ferramentas e soluções mais adequadas. É o que acontece com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Definido pela literatura especializada – psicologia, neurociências, psicopatologia e, principalmente, psiquiatria – como um transtorno mental (psiquiátrico) que se desenvolve em crianças antes dos sete anos de idade e que pode ou não prevalecer durante a adolescência e a vida adulta, o TDAH é indicado como a causa mais comum da presença de crianças em consultórios e ambulatórios psiquiátricos no Brasil, atualmente.

Na quarta edição revisada do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR) – guia psiquiátrico que contém informações sobre os mais diversos transtornos mentais estudados e classificados, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) –, estima-se que entre 3% e 5% da população escolar estadunidense seja portadora do transtorno (APA, 2002)².

Segundo Lima (2005), essa estimativa também se aplica ao Brasil, embora os dados não sejam precisos, e se acredita que muitas crianças ainda não foram diagnosticadas.

O TDAH é considerado pelos profissionais de saúde e definido pelo DSM como um problema de saúde sério, porque envolve disfunções cerebrais e falhas em neurotransmissores que desempenham importantes funções em áreas do cérebro responsáveis pela atenção, organização, ansiedade e impulsividade. Assim, as principais consequências do transtorno são: os prejuízos nas atividades cotidianas, como finalizar atividades escolares, prestar atenção nas aulas, organizar-se, seguir

2 O DSM foi publicado pela primeira vez em 1952, e a publicação de sua quinta versão está prevista para 2013. A versão vigente é a quarta revisada (DSM-IV-TR), organizada por um comitê composto por psiquiatras membros da APA, os quais agrupam experiências profissionais e acadêmicas e pesquisas científicas sobre os mais diversos transtornos mentais. A principal função do DSM é padronizar definições, critérios e classificações diagnósticas, procedimentos e códigos e, assim, guiar a prática psiquiátrica em todo o mundo. Para lidar com as diferenças de cada indivíduo e cultura, o manual propõe que os profissionais tenham um olhar singularizado para cada caso. Por outro lado, o guia abre espaço para críticas tanto por parte de estudiosos que questionam sua padronização e seu embasamento estatístico quanto daqueles que discutem a subjetividade da prática psiquiátrica, que contrariaria os princípios objetivos das ciências médicas.

as regras sociais e de brincadeiras, e nas relações sociais da criança portadora, assim como a observação dos sintomas hiperatividade, desatenção e impulsividade (APA, 2002, p. 77-83).

A partir dessas definições, problemas como não prestar atenção nas aulas, não realizar as atividades e as tarefas de casa, a excessiva agitação, estar constantemente no “mundo da lua”, entre outros conceitos populares que descrevem uma criança “danada” e “difícil”, passam a ser explicados pela ciência. Ou seja, essas crianças não são preguiçosas, e tampouco seus pais e professores são culpados pela situação: elas carregam em seu corpo, em seu cérebro, disfunções biológicas e desarmonias químicas, que devem ser tratadas por profissionais especializados para que a criança seja normal.

O TDAH, então, constitui-se como um transtorno mental psiquiátrico e biológico característico da infância, no qual fatores como a vivência da criança em um meio desorganizado (a família e a escola, geralmente), por exemplo, exercem influência secundária, facilitando a expressão do transtorno, mas não a determinação de sua existência. Constitui-se, portanto, como um problema individual.

Essa “individualidade” desperta questionamentos, quando se percebe que a quantidade de casos no Brasil e no mundo está crescendo, assim como a adoção de medicamentos para o tratamento do transtorno. Pergunta-se: por quê? Por que se considera que crianças com TDAH não serão – ou serão com muitas dificuldades – bem-sucedidas? Por que desatenção, hiperatividade e impulsividade são problemas? A quais regras essas crianças devem estar adaptadas para serem bem-sucedidas? Deve haver algo além de um problema estritamente biológico. Mas o quê? Os críticos apontam para problemas sociais, políticos, culturais e econômicos que refletem a atual sociedade.

Assim, não se deseja, neste artigo, como Thomas Szasz (1974) faz, afirmar que o TDAH e os transtornos mentais são mitos, mas é preciso desnaturalizá-los (MOYSÉS, 2001; LIMA, 2005), refletindo sociologicamente sobre os processos de biologização da sociedade, medicalização da vida (e também da sociedade) e estigmatização.

São trazidos alguns dos resultados obtidos em pesquisa de campo (parte constituinte de pesquisa de Mestrado em fase de conclusão), que se desenvolveu no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), entre 2009 e 2011. Contou-se com o método etnográfico, bem como com técnicas de observação participativa, entrevistas semiestruturadas (com profissionais de saúde atuantes no referido ambulatório, crianças entre 6 e 12 anos diagnosticadas como portadoras de TDAH e seus pais ou representantes legais) e produção e interpretação de desenhos infantis.

É relevante informar que as famílias incluídas na pesquisa são membros de grupos sociais com recursos financeiros limitados, e esse recorte se explica pelo fato de o Ambulatório fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O TDAH E A PSIQUIATRIA

Uma breve consideração sobre a psiquiatria na constituição do TDAH como seu objeto de estudo e prática permitirá compreender a introdução dos processos de biologização e medicalização na sociedade. “Biologizar” significa compreender e explicar determinados fenômenos por meio de manifestações fisiológicas, cerebrais e/ou genéticas, ou seja, manifestações individuais do ser como um organismo.

Ligado a esse conceito está “medicalizar”, entendido, primeiro, como tratar problemas e fenômenos antes considerados não médicos (sociais, políticos, culturais e econômicos) como problemas médicos, que passam a receber atenção dos profissionais de saúde e a estar sujeitos a um diagnóstico e tratamento médicos; e, segundo, como introduzir a medicação como solução desses problemas (CONRAD, 1992).

Portanto, biologizar e medicalizar significam, ao mesmo tempo, “responsabilizar” os indivíduos por seus problemas e permitir que apenas profissionais especializados lidem com eles, uma vez que passam a ser definidos como manifestações patológicas do corpo, da mente e da saúde.

Para Foucault (2006a), a sociedade capitalista não se impõe aos indivíduos simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas principalmente quando atinge seus corpos e controla seus gestos e comportamentos. Por ter o corpo doente do ser humano como objeto de intervenção, a medicina se constitui como um mecanismo com o qual o poder disciplinar e a sociedade moldam-no, segundo seus interesses, e tornam-no dócil. Desse modo, o corpo se torna uma realidade biopolítica, e a medicina, uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2006a, p. 80).

Analisando as formas de desenvolvimento da medicina social na Europa dos séculos XVIII e XIX, Foucault conclui que ela organizou seu conhecimento, tornando-o legítimo e o único capaz de lidar com os problemas de saúde e de desorganização das cidades e da população, submetendo todos os âmbitos da sociedade ao seu poder disciplinar. O autor também percebe que esse poder disciplinar médico (e depois psiquiátrico) de organizar, vigiar e controlar espaços foi aplicado aos indivíduos, especialmente àqueles que representavam uma ameaça social: os leprosos e loucos (FOUCAULT, 2006a, 2006b, 2008a). Contudo, neste artigo são enfatizados os segundos, assim como sua relação com a atualidade.

Phillipe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol, alienistas franceses do século XIX, foram essenciais à transformação da loucura em objeto da psiquiatria, ao consolidá-la como doença. Pinel desenvolveu um modelo de classificação, descrição e tratamento das doenças psicopatológicas com base no conhecimento científico e implantou a reforma e a reorganização dos hospitais.

A partir desse momento, alcançar-se-ia a cura pelo restabelecimento do domínio da razão por meios morais e físicos aplicados pela medicina mental (denominada “terapêutica”), já que se considerava que a loucura era causada pelas “paixões da alma”, pela desordem social e pelos sentimentos existentes em excesso, resistindo à regulação pela razão (FACCHINETTI, 2008, p. 503-504).

Esquirol, seu discípulo, definiu uma série de fenômenos psicopatológicos, como a idiotia e a demência, a partir de estudos sobre a loucura. De acordo com Foucault (2006b), estava, então, pronta a base para o domínio do louco pelo psiquiatra, seu afastamento da sociedade e a classificação dos problemas mentais nas crianças (a idiotia e o retardo), possibilitando a expansão do poder psiquiátrico no século XIX. Determinando, assim, os problemas mentais que afetavam os indivíduos e a anormalidade, a psiquiatria se tornou mais geral e perigosa, pois assumiu o “poder sobre o anormal, poder de definir o que é anormal, de controlá-lo, de corrigi-lo” (FOUCAULT, 2006b, p. 280).

O movimento de formação da medicina como única ciência legítima para lidar com a saúde e a doença dos indivíduos e da psiquiatria como responsável pela classificação, identificação e pelo tratamento da loucura também esteve presente no Brasil, desde seu período colonial. Desenvolveram-se os movimentos higienista e puericultor, com os quais os médicos intervinham na vida familiar da população e lhe ensinavam novos hábitos higiênicos e de cuidado, além da educação das crianças. Os psiquiatras, por sua vez, identificavam ameaças potenciais aos indivíduos sãos e trabalhavam pelo equilíbrio psíquico individual e, conseqüentemente, pela segurança da população e nação brasileira (MACHADO et al., 1978).

Portanto, sob a justificativa de afastar do país e de sua população a ameaça representada pelas doenças e pela loucura, a medicina e a psiquiatria criaram mecanismos legítimos – porque fundamentados em conhecimentos científicos, aceitos e evocados pelo Estado e pelos indivíduos – para intervir em famílias, espaços públicos, escolas, hospitais, fábricas, prisões, quartéis, cemitérios e bordéis, a fim de reconstituir seu interior segundo a lógica da higiene.

Como consequência, os mais diversos âmbitos da sociedade brasileira e da vida de sua população foram – e ainda hoje são – considerados por médicos e

psiquiatras como suas responsabilidades, bem como muitas questões cotidianas se tornaram problemas médicos e psiquiátricos.

É isso o que Conrad (1992) chama de medicalização, processo fortalecido pela biologização (transformar em estritamente biológico) e patologização (tornar patológico) de modos de pensar, agir, reagir, enfim, em modos de viver.

Na década de 1920, a psiquiatria brasileira adotou a vertente preventiva da ciência, definida pela intervenção social e individual prévia, a fim de evitar qualquer tipo de sinal de desequilíbrio mental, uma vez que os distúrbios mentais representavam o perigo da estagnação social e econômica do país.

Pesquisadores e figuras importantes da época, como Arthur Neiva, Belisário Penna e Monteiro Lobato, defendiam que a falta de educação, higiene e saneamento era a causa principal do atraso do país e que, para promover o progresso, era preciso investir em tais medidas.

A higiene mental, então, passou a fazer parte dessa política, logo que se percebeu que o psiquismo era também importante para o progresso nacional. Assim, os psiquiatras tomaram para si a tarefa de regenerar e evitar a degradação física e mental da população, inclusive das crianças, em quem as primeiras impressões e os conhecimentos oferecidos ficariam para sempre marcados, como em uma cera mole (REIS, 2000).

É interessante retomar a questão da medicalização e a da loucura (objeto da psiquiatria) para compreender a ponte entre essa discussão e o TDAH. Segundo Foucault (2008a), a loucura nem sempre foi considerada uma ameaça aos indivíduos e às sociedades, tanto que há séculos ela era reverenciada por intelectuais, como Erasmo de Rotterdam, como expressão de liberdade, criatividade e verdade do indivíduo. Entretanto, essa verdade foi silenciada e transformada em perigo, sinal de caos e irracionalidade, não pertencimento e estranheza, a partir do surgimento dos internatos e asilos na Europa do século XVII.

O louco e a loucura foram, então, patologizados e transformados em ameaça que deveria ser contida, afastada e curada. Eles foram medicalizados.

Atualmente, a loucura cedeu lugar às doenças, aos transtornos mentais e às mais diversas denominações referentes às suas manifestações, como o TDAH. Ainda hoje, observa-se (como foi possível constatar em campo) que os indivíduos diagnosticados como portadores de transtornos mentais, inclusive o TDAH, são constantemente comparados com os indivíduos considerados “normais” quanto à loucura, à imagem do louco, ao caos, ao perigo e ao medo.

Também foi possível perceber em campo que, assim como mostra a literatura sobre a loucura e a psiquiatria (MACHADO et al., 1978; FOUCAULT, 2006a, 2006b,

2008a, 2008b), essa ciência preza pelo restabelecimento do equilíbrio psíquico de seus pacientes, a fim de que retomem suas atividades cotidianas, e pela prevenção de problemas futuros que possam ser causados aos portadores e aos demais indivíduos.

Por exemplo, o TDAH, que é caracterizado como um transtorno mental, um desequilíbrio químico em neurotransmissores, constitui-se como um problema sério, porque impede a criança de executar as atividades cotidianas que lhe são exigidas, principalmente pela escola, e de se relacionar com os demais. Além disso, os comportamentos agressivos e impulsivos de seus portadores podem causar-lhes danos mais graves, como acidentes, e ainda geram inseguranças nos indivíduos com quem convivem, que passam a temer um “ataque” violento ou um “surto”.

Assim, estabelece-se um vínculo forte (porém vagamente percebido e valorizado) entre psiquiatria, TDAH, loucura, sociedade, medicalização e criança, mas que se perde quando o problema passa a ser visto como estritamente biológico, e sua solução passa a ser fundamentada em etiologias, classificações, critérios e tratamentos psiquiátricos e químicos.

Isso significa que é necessário analisar esse vínculo a partir de um olhar crítico e que questione o pensamento marcante na psiquiatria: se os portadores de TDAH (e de outros transtornos mentais) não forem tratados no presente, ainda enquanto crianças, o que será de seu futuro?

AS RELAÇÕES ENTRE CONHECIMENTO LEIGO E LEGITIMIDADE PSIQUIÁTRICA

Até aqui, enfatizou-se a ciência subsidiária ao TDAH. Mas como ela chega aos indivíduos que vivem o transtorno? Como ela se faz compreensível aos leigos? A resposta mais imediata para essas perguntas é: por meio da legitimidade do profissional que diagnosticará e tratará a criança.

Os leigos – entendidos neste artigo como os indivíduos que não possuem conhecimentos e (não proferem) discursos especializados e legítimos sobre o TDAH – percebem facilmente que uma criança é excessivamente agitada ou está sempre no “mundo da lua”, que seu rendimento escolar não é satisfatório e que as reclamações de professores, pais e colegas são frequentes. Percebem, portanto, que algo está errado, mas não compreendem o problema e veem-se obrigados a procurar profissionais.

O encaminhamento de crianças com TDAH a psiquiatras, nos casos observados, é, em geral, sugerido pelas escolas ou por outros profissionais de saúde, como

pediatras, neurologistas e psicólogos, quando o problema se encontra fora de seu alcance de atuação.

Dessa forma, o conhecimento sobre o TDAH se insere no cotidiano leigo a partir desses primeiros contatos, mas é o diagnóstico psiquiátrico que confirmará a existência do transtorno. É somente a palavra do profissional especializado que tornará o transtorno real, dando sentido à situação da criança.

Não, não, não conhecia nada, tava, assim, totalmente neutra, do problema, da doença, entendeu? Só depois que [o psiquiatra] descobriu que ela tinha que começamos a ver na internet, pesquisar, ver o porquê, como lidar, aí que começamos a aprofundar no assunto (Mãe V)³.

Essa mãe entrevistada relatou, logo no início de seu depoimento, que ela e seu marido percebiam que sua filha era diferente de outras crianças, por ser demasiadamente quieta. Essa percepção se intensificou e foi transformada em um problema, quando uma professora chamou a atenção dos pais e solicitou o encaminhamento a um profissional de saúde especializado. Foi dessa forma que se chegou a um psiquiatra e ao diagnóstico de TDAH.

No trecho de entrevista citado, a mãe reconhece sua ignorância em relação à existência de uma doença e de um problema, o que se sobrepõe à sua percepção inicial de sua filha como alguém simplesmente diferente das demais crianças, e não como portadora de problema psiquiátrico.

A informante ainda usa em entrevista uma expressão bastante interessante para avaliar o desenvolvimento da condição de sua filha e dos resultados do tratamento psiquiátrico e medicamentoso: “Do baque agora virou só alegria, né, só tá ajudando”.

A mãe explica que o recebimento do diagnóstico pode causar apreensões nos pais, pois o termo “transtorno mental” e a prescrição de medicamentos “tarja preta” carregam um sentido natural negativo (bastante ligado às suas origens relacionadas à loucura).

Isso significa que ter “problemas na cabeça” e tomar medicamentos para esse fim desperta nos indivíduos um sentimento de medo em relação ao doente, uma vez que ele é relacionado à figura do louco, o que dificulta a aceitação tanto da

3 Dados de entrevista. Parte da pesquisa de campo realizada no Ambulatório de psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UNICAMP, em 08 de abril de 2010. As demais citações de trechos de entrevistas apresentadas neste artigo também constituem dados de pesquisa obtidos no campo indicado, mudando apenas as datas da coleta de informações.

existência de um problema tão perturbador pelos pais quanto da própria criança pelos indivíduos que a temem.

Nesse momento, o psiquiatra desempenha o importante papel de fazer o leigo compreender que não se trata de uma doença mortal ou degradante, mas que deve ser tratada para que as desarmonias químicas cerebrais se estabilizem e permitam que a criança possa viver como qualquer outra.

Essa simbologia carregada pelo transtorno mental é bastante importante quando se analisa a forma como os outros, os “normais”, lidam com crianças com TDAH. Mas essa questão será abordada posteriormente.

Portanto, entende-se que o diagnóstico coloca aos leigos a dúvida e o questionamento a partir da desvalorização de suas percepções e de seus conhecimentos, situação amenizada pela palavra de conforto do psiquiatra. Além disso, o desconhecimento coloca-os em uma posição inferior de incapazes de lidar com o problema e, conseqüentemente, de dependentes da ajuda de um profissional especializado, reconhecido pelos leigos como alguém culto e legitimamente habilitado a diagnosticar e tratar o TDAH.

Segundo Boltanski (2004), esse respeito pela ciência – considerada incontestável e inacessível aos leigos – e pelos profissionais de saúde especializados é imposto aos indivíduos pela educação escolar, que os faz crer em sua própria ignorância e submeter-se “aos detentores legítimos do conhecimento médico, os médicos, aos quais se delega até o direito de falar do próprio corpo e dos males que o atingem” (BOLTANSKI, 2004, p. 25).

Por esse motivo, é de extrema necessidade que o TDAH seja caracterizado como um problema de substrato biológico. Em outras palavras, se não houvesse um modelo diagnóstico fundado em conhecimentos e discursos voltados à biologia, à medicina e à genética, mantendo-se as antigas compreensões leigas sobre as crianças “danadas” e “difíceis”, as ciências médicas não teriam respaldo social e popular para explicar e solucionar o problema.

Estabelece-se, então, uma hierarquia entre psiquiatra e leigo, fundada na legitimidade do primeiro e no desconhecimento do segundo. E para torná-la ainda mais sólida, cria-se um movimento de aproximação e distanciamento entre psiquiatra e paciente, no qual é permitido aos pais e às crianças-pacientes traduzir as explicações e recomendações médicas para uma linguagem mais simples, cotidiana e informal, que é também assimilada pelo psiquiatra. O trecho a seguir é ilustrativo:

Eu passo na psiquiatria Infantil, eu tenho hiperatividade e eu não paro um minuto pra descansar. [...] [Hiperativa] É uma pessoa que é elétrica, ela não consegue

parar um minuto. Não tem descanso, ela é hiperativa, quer dizer, ela é hiperativa, não consegue parar muito tempo, não consegue ficar sentada muito tempo (Criança U, 11/02/2010).

Essa criança entrevistada apresenta uma explicação sobre o TDAH e a criança hiperativa por meio de termos simples e populares (como “pessoa elétrica”, que não para e não tem descanso), que têm como base o conhecimento e o discurso psiquiátrico sobre o transtorno.

Sua mãe relatou que essa explicação foi dada por uma psicóloga, que, a fim de tornar compreensível o significado da condição da criança, traduziu uma linguagem técnico-científica para uma popular e acessível.

Faz parte da função do psiquiatra tornar o discurso técnico-científico compreensível àqueles que não estão familiarizados a ele. Isso permite transpor a barreira linguística entre os sujeitos e difundir os conhecimentos sobre o TDAH. Mas, ao contrário do que possa parecer, essa transposição é meramente linguística, pois não iguala os conhecimentos especializados do psiquiatra aos novos conhecimentos superficiais adquiridos pelos leigos. Em vez disso, ela concretiza a hierarquia entre esses sujeitos, ao diminuir as possibilidades de questionamento do discurso e do conhecimento especializado e fixar sua aprovação e legitimidade a partir do leigo.

No entanto, também o psiquiatra está sujeito à avaliação do paciente. A expectativa que se cria, tanto para o profissional quanto para o paciente e sua família, é a da cura, no sentido de verificação de uma melhora da criança, da diminuição dos sintomas e do aprimoramento do aproveitamento e desempenho em suas atividades cotidianas.

Se essa melhora não se verifica, a prática do profissional é questionada. Por isso, uma mãe entrevistada fala em *confiança*:

Médico, psicólogo é que nem padre e melhor amigo, você tem que confiar. Se não confiar, não adianta. Não adianta, porque você vai tomar o remédio achando que não vai dar certo, você não vai ter coragem de falar tudo o que tem pra falar, então ou a gente tem que pegar confiança no profissional ou não adianta (Mãe A, 11/02/2010).

Esse sentimento se vincula, principalmente, à figura do psiquiatra e à sua prática, e não somente ao conhecimento psiquiátrico sobre o TDAH. É o profissional que é avaliado: se seus esforços não promoverem a melhora para a criança, outro profissional será procurado. Contudo, se o psiquiatra causar o bem-estar da criança

por meio de seus recursos, o discurso técnico-científico é ainda mais fortalecido, e o psiquiatra, autorizado a tratar seu paciente.

A partir desse momento, a confiança permite a aliança entre os lados: o psiquiatra se esforça pelo bem da criança, e os leigos (paciente e sua família) se submetem às recomendações e aos pedidos desse profissional.

Para ilustrar essa interpretação, cita-se o exemplo do uso de medicamentos. A partir do momento em que esse uso é autorizado pelos pais – quando se deposita a confiança no profissional –, o psiquiatra se torna o responsável por prescrever os compostos mais adequados, e os pais, por administrá-los sem falhas. Mas, mais do que isso, o psiquiatra se torna o responsável por ressignificar a vida de seus pacientes, a partir da definição de seu problema e de sua solução. Assim, é também a partir desse momento que os indivíduos se submetem a um poder maior – que Foucault (2006b) chama de poder disciplinar –, que os vigia e também lhes ensina a detectar as anormalidades, delatá-las, levá-las a quem as corrija e, mais profundamente, a viver sob novas perspectivas: as do normal e do patológico.

Para Foucault, é a possibilidade de a psiquiatria definir o que é normal e o que é anormal nos comportamentos infantis e a adesão da família ao seu discurso que permitem vigiar e “psicologizar” a criança.

Dentre as novas formas de viver criadas pela intervenção psiquiátrica, encontram-se recomendações médicas, como as indicações de horários para administração do medicamento, os pedidos de informação sobre as mudanças de comportamento da criança, as sugestões para os professores, como onde a criança deve sentar em sala de aula para que não se distraia com estímulos externos, etc.

Como essas recomendações estão contidas no modelo diagnóstico denominado TDAH, permite-se ao psiquiatra redefinir legitimamente as maneiras como os leigos criam e educam as crianças diagnosticadas e os próprios significados dos comportamentos desses portadores. E isso por meio de um modelo construído tendo como fundamento principal disfunções patológicas e comportamentais individuais e que deixa de lado qualquer fenômeno social, cultural ou histórico que possa influenciar as exigências e expectativas da sociedade (adulta) para com as crianças.

Outra questão relacionada à legitimidade do psiquiatra é colocada por Lima (2005). Em seus estudos sobre o TDAH, o autor percebeu que estão se formando cada vez mais grupos identitários – grupo de pais de crianças com TDAH, associações, comunidades virtuais, etc. –, que reúnem os indivíduos com uma característica em comum: ser TDAH. Isso significa que os sintomas do TDAH deixam de ser simplesmente características de um transtorno mental e passam a definir seus

portadores. Tanto que, em seu livro, Silva (2003), uma médica psiquiatra que tem publicado uma série de livros sobre transtornos mentais e se destacou nos meios de comunicação de massa nos últimos anos, afirma que não se *tem* TDAH, se *é* TDAH. Portanto, o diagnóstico e o discurso psiquiátricos ressignificam os modos como os indivíduos com TDAH compreendem sua situação e as imagens que eles fazem de si próprios.

Dessa maneira, o saber médico legítimo, de modo abrangente, é mais do que uma leitura da realidade: ele cria a realidade social da doença, a experiência cotidiana do doente, ao nomeá-la, diagnosticá-la e fazer suas prescrições (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 99). Esse saber possibilita que os leigos reformulem seus discursos, suas atitudes e suas imagens, mas sem se ausentar, graças a um processo de biologização que caracteriza o TDAH como um problema do organismo, que torna secundários quaisquer outros fatores relacionados e que medicaliza – ou seja, reconstrói com base na patologia, no problema médico e no uso de medicamentos – a realidade, a imagem, as relações, enfim, a vida da criança diagnosticada como portadora de TDAH.

Em vista disso e para se prosseguir com a reflexão crítica adotada neste artigo, consideram-se como princípios básicos dois fenômenos relacionados ao TDAH: o tratamento medicamentoso à base de psicoestimulantes prescrito às crianças diagnosticadas e o estigma que elas sofrem.

CONTROLE EFETIVO E SUTIL: UM MEDICAMENTO CHAMADO RITALINA®

Conforme Conrad (1992), a medicalização da vida é o processo de transformar circunstâncias da vida cotidiana dos indivíduos em problemas médicos e tratá-los como tais, especialmente como doenças ou transtornos mentais. A adoção dessa definição para uma reflexão sociológica sobre o TDAH revela um ponto essencial: há algo de social que permeia o transtorno em questão e que vem sendo omitido tanto pela caracterização psiquiátrica que se confere ao problema quanto pelo controle químico exercido pelos medicamentos psicoestimulantes, como a Ritalina®. Nesse item do artigo, será explorado que controle é esse e, no item seguinte, por que ele é evocado.

A literatura psiquiátrica define que o tratamento adequado ao TDAH é o uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato (ou a Ritalina®, como é comercialmente conhecido), associado à psicoterapia. No campo estudado, entretanto, percebeu-se que essa combinação de terapias não é efetiva, sendo a prescrição de medicamentos a crianças diagnosticadas o principal recurso para o tratamento

do transtorno e controle de seus sintomas. Isso se explica por um conjunto de limitações e demandas que permeiam o ambulatório observado e que se expandem pela sociedade.

Por um lado, a instituição mencionada que provê o atendimento de saúde sofre com a falta de profissionais, materiais e espaço físico para a realização de sessões de psicoterapia, enquanto a prescrição do medicamento exige basicamente um psiquiatra que acompanhe o caso e uma receita médica. Sobre essa limitação, um médico psiquiatra entrevistado explica:

O tratamento é mais farmacológico, é... Bom. O tratamento do TDAH, como um transtorno multifatorial, ele, em tese, tem que ser também multidimensional. Você pode usar medicamentos, [...] tratamentos psicoterápicos, psicoterapia, diferentes orientações, psicanalítica, comportamental, e aí depende muito do que o serviço dispõe, de que tipo de recurso ele dispõe. E também social, quer dizer, a adequação do ambiente da escola, das interações, tem um trabalho muito importante com a escola, com os professores, orientação educacional e tal. O ideal é isso. Aqui no HC da UNICAMP, nós temos poucos recursos. É... como eu vou dizer, psicológico, psicoterapêutico. Nós trabalhamos muito baseados na medicação, não porque seja melhor, mas pelo tipo de recurso de que a gente dispõe, né, trabalho com... Então a maior parte das crianças recebe medicação, que é uma parte do tratamento importante (Profissional de saúde Y, 08/04/2010).

O informante enfatiza a possibilidade de se abordar um mesmo fenômeno por diferentes pontos de vista, inclusive a reformulação de maneiras de organizar ambientes e adaptar crianças, famílias e professores e a adoção privilegiada do medicamento em razão das limitações institucionais de recursos. Mas, embora o psiquiatra não revele nesse trecho de entrevista, observou-se também a existência de demandas por bem-estar colocadas pelos pacientes e, principalmente, por suas famílias sobre o profissional. Como se discutiu em item anterior neste artigo, o psiquiatra é avaliado por sua capacidade de promover a melhora da criança, e, assim, o medicamento aparece como uma ferramenta importante.

O metilfenidato é um tipo de anfetamina que, de acordo com as descobertas de Charles Bradley, médico estadunidense, proporciona um efeito calmante em crianças extremamente agitadas e com “maus comportamentos”, ao contrário dos indivíduos considerados “normais”, em quem o composto age como estimulante (BRADLEY, 1994). Administrando benzedrina (também um tipo de anfetamina) a crianças institucionalizadas e consideradas problemáticas em termos de compor-

tamentos e desempenhos escolares, o pesquisador obteve respostas rápidas: logo após as primeiras doses, o medicamento gerava nessas crianças o que o médico chamou de aprimoramento do ponto de vista social, pois elas tinham seus comportamentos controlados, tornando-se, mesmo temporariamente, mais plácidas e interessadas em seu meio.

É preciso notar que esse controle do medicamento sobre as crianças da experiência de Bradley nada mais é do que a potencialização do desempenho escolar, o controle das emoções e manifestações corporais, a inserção dessas crianças nas atividades da instituição e relações com outros indivíduos e a obediência, exigências sociais que definiam e ainda definem as “boas crianças”. Entretanto, essa vertente social foi desvalorizada em vista das potencialidades médicas do composto, as quais também caracterizam o metilfenidato.

A Ritalina[®], que foi associada ao TDAH somente na década de 1980, atua como estimulante do sistema nervoso central, aumentando, em tese, o desempenho das funções executivas e auxiliando crianças diagnosticadas com TDAH (acima de seis anos) a melhor desempenhar suas atividades cotidianas, especialmente as tarefas escolares, embora não estejam completamente claros os mecanismos de ação do medicamento (RITALINA[®], [200-]).

De qualquer modo, a Ritalina[®] vem ganhando cada vez mais popularidade mundial, porque oferece uma resposta positiva a inúmeros casos de crianças diagnosticadas com TDAH: o controle de comportamentos infantis (desatenção, impulsividade e hiperatividade) definidos como sintomas do transtorno.

Um caminho que pode ser escolhido para a discussão sobre a adoção do medicamento é o da indústria farmacêutica como parte constituinte de um mercado lucrativo, que crescentemente produz respostas para o sofrimento humano. No caso do TDAH, esse ramo econômico é bastante expressivo, já que, entre 2005 e 2009, houve um aumento de 83,8% na venda de medicamentos contendo o metilfenidato como princípio ativo no Brasil⁴ (ANVISA, 2010). Contudo, outros autores (LIMA, 2005; ITABORAHY, 2009; MIGUELOTE; CAMARGO JÚNIOR, 2010) já traçaram esse percurso.

Outro caminho é o da eficácia e do significado do medicamento destinado ao tratamento do TDAH. Como Bradley (1994) notou, as anfetaminas promovem o *aprimoramento* dos desempenhos da criança, uma vez que seus comportamentos considerados inadequados são controlados e silenciados. Transportando esse resultado da ação medicamentosa para as observações sobre o TDAH, o medicamento

4 O metilfenidato é indicado para casos de TDAH e de narcolepsia.

representa o sucesso do tratamento, pois promove o bem-estar e a “normalidade” desejada pelo paciente, sua família e o psiquiatra.

O metilfenidato, então, carrega um significado simbólico de cura (LEFÈVRE, 1991), que, quando concretizado, permite que o medicamento seja visto como algo positivo e benéfico, mesmo que não se conheçam as consequências de seu efeito e sem que haja uma reflexão sobre os processos sociais implícitos em sua produção e aquisição de sentido simbólico.

Ele passa a ser amplamente adotado e evocado por indivíduos que desejam diminuir ou evitar manifestações indesejadas – estigmas, sofrimentos psíquicos futuros, comportamentos – supostamente causadas pelo que se configurou como um transtorno mental (o TDAH), com o respaldo biológico e científico.

Essa significação do medicamento como algo benéfico tem uma consequência importante, porém pouco valorizada: a de sua função como mecanismo de controle de indivíduos. Para Deleuze (1992), a sociedade disciplinar de que falava Foucault foi substituída pela sociedade de controle “ao ar livre”, que não necessita de locais fechados, como hospital, escola ou prisão, para disciplinar os indivíduos; bastam outros mecanismos, como a internet, as novas formas de educação e os medicamentos, para que a disciplina e o controle sejam difundidos pela sociedade de maneira ainda mais sutil e efetiva que os castigos e as punições físicas, morais e disciplinares. Isso porque o controle se torna mais difuso e estruturado em objetos de desejo individuais e coletivos.

Essa constatação permite interpretar, no caso do TDAH, o metilfenidato como um novo dispositivo de controle de vidas de crianças cujos comportamentos são socialmente desaprovados e percebidos como incômodos. Isso significa que, medicadas, as crianças portadoras do transtorno podem tornar-se corpos dóceis, educados, quietos, atentos, enquadrados em regras sociais e em padrões comportamentais socialmente definidos como adequados e desejáveis.

O medicamento, então, torna-se um referencial: se a criança não estiver medicada, é justificável sua atitude agitada, desconcentrada e impulsiva; mas, medicada, essa justificativa é inabilitada.

Nas palavras de uma mãe entrevistada:

Só que hoje, não sei, você vai ver no desenvolvimento, no jeito das crianças hoje, eles usam esse próprio “sou hiperativo” como [...] uma desculpa, “ah, eu sou hiperativo”, não, você tá medicado, tá controlado, você não tem desculpa (Mãe A).

Ela relaciona TDAH, medicação e controle em um conjunto do qual não se pode escapar e contra o qual nada pode ser feito. Na verdade, é um conjunto cujo resultado é largamente desejado. Afinal, o controle dos sintomas e, consequentemente, da criança diagnosticada é o objetivo da busca pelo profissional de saúde e do discurso psiquiátrico, uma vez que representa o bem-estar e a “normalidade” que tanto desejam. Mas o que se processa, em última instância, é a medicalização da vida por meio não só de um controle de sintomas, mas também das mínimas partes dos corpos e formas de expressão infantis, assim como de seus estigmas.

OS ESTIGMAS DAS CRIANÇAS COM TDAH

Conforme proposto anteriormente, é relevante ainda analisar por que esse controle das crianças diagnosticadas com TDAH é evocado. Nesse sentido, a discussão sobre os estigmas desses portadores é enfatizada porque é por meio dela que a importância dos fatores sociais se torna mais clara.

É necessário lembrar que as famílias que participaram da pesquisa em que se fundamenta este artigo pertencem a grupos sociais com condições financeiras precárias, identificadas no ambulatório como “SUS-dependentes”, ou seja, que dependem do SUS, uma vez que não dispõem de recursos financeiros para custear serviços de saúde particulares ou convênios médicos. Consequentemente, as crianças entrevistadas, com raras exceções, frequentam escolas públicas. Essas informações não limitam as discussões e interpretações aqui expostas, mas contextualizam-nas, principalmente quando se analisam expectativas, exigências e regras sociais impostas a indivíduos.

Assim, o ponto de partida é o próprio DSM-IV, no qual se afirma que o transtorno se desenvolve em crianças antes dos sete anos de idade, bem como a experiência dos psiquiatras observados em campo que sustentam ser o transtorno evidenciado durante a fase escolar e, principalmente, com a entrada da criança na escola. Então, pergunta-se: o que isso significa?

Significa, em primeiro lugar, que a criança é o sujeito – ou vítima – principal do transtorno. E, em segundo lugar, que a entrada em um sistema de comparações e classificações – a escola – evidencia as características e os comportamentos considerados bons e ruins de uma criança. Em outras palavras, ao entrar na escola, a criança adentra em um processo de socialização que a colocará em contato com os mais diferentes indivíduos e, em especial, com as regras sociais estabelecidas para seu contexto: o mundo infantil. Essa interpretação tem uma relação intrínseca com um tema comum que apareceu nas falas dos informantes: a presença

de preconceitos, humilhações, apelidos pejorativos e brincadeiras de mau gosto. Trata-se dos estigmas.

Definido por Goffman (1988) como resposta à discordância entre o que se espera de determinado indivíduo (identidade social virtual) e os atributos reais que esse indivíduo possui (identidade social real), o estigma é uma marca imputada a indivíduos cujas características pessoais e atitudes não condizem com o que se espera deles.

Por exemplo, de uma mãe espera-se responsabilidade, carinho, cuidado para com seu filho; de um médico, a prudência e o cuidado com seus pacientes; de uma criança, o respeito aos mais velhos, a dedicação aos estudos, bons comportamentos e uma rede de amizades, entre outras expectativas. Àquelas crianças malvadas, indisciplinadas, “respononas” e que passam sozinhas seus recreios são sempre atribuídas características negativas, e elas, por esse motivo, passam a ser conhecidas como mal-educadas, violentas e esquisitas.

A situação é ainda pior se elas tomam remédios “para a cabeça”, pois elas se tornam “loucas”. As crianças “normais” as temem, não as aceitam em suas brincadeiras e as humilham constantemente, fazendo uso de brincadeiras e apelidos pejorativos. Esse quadro é bastante conhecido pelas crianças com TDAH.

Eu sou um menino que é desfeito por todos da escola. Adoro jogos eletrônicos, TV, PC e esportes, tipo futebol, basquete, pingue-pongue, tênis e vôlei. Na escola todos falam que eu tomo “Gardenal”, que sou louco, que sou um débil-mental, que sou burro, que sou um debiloide (redação feita pela Criança U).

Esse trecho foi escrito por uma criança de onze anos, quando sua professora propôs o tema de redação: “Quem sou eu?”. O informante se dedica ao que gosta, busca ideias para suas “engenhocas” nos livros de física e define-se como qualquer outra criança que aprecia jogos e esportes. Contudo, não tem amigos que o compreendam. Um ou dois – que talvez lhe valham por mil –, mas tem uma escola toda que o considera uma criança problemática, louca e diferente.

A mesma situação é vivida por outra criança de onze anos, delicada e minuciosa em seus desenhos, mas julgada por seus colegas de escola porque é demasiadamente quieta e toma medicamentos controlados (“tarja preta”). Sua mãe conta:

Os amiguinhos da sala de aula tiram sarro, já teve problema dentro da escola, chamam de louquinha, ela toma remédio tarja preta, ela vai na UNICAMP, então

tem... certos preconceitos, né? Teve um ano atrás que ela ficou assim bem mal que eu quase cheguei a trocar ela de escola por causa desse preconceito (Mãe V).

Ambas as crianças mencionadas – assim como outras diagnosticadas como portadoras de TDAH, observadas e entrevistadas em campo – passam pelo processo de estigmatização, porque são diferentes, não condizem com aquilo que se espera de uma criança “normal” e, conseqüentemente, “desviam-se” do “bom caminho”. Mas quem define qual é o bom caminho para uma criança?

Becker (2008, p. 15) sustenta que, para que haja um desvio, é preciso haver normas socialmente instituídas que “definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como ‘certas’ e proibindo outras como ‘erradas’”.

Se as regras impostas forem infringidas por um indivíduo, este será considerado um tipo especial: um *outsider* ou um desviante. O sociólogo ainda acrescenta que os diferentes grupos sociais são responsáveis pela produção e imposição de regras a serem seguidas por seus membros e pela categorização e classificação de atitudes como certas e erradas, adequadas e inadequadas, de acordo com as normas criadas, os grupos e o contexto em que se encontram.

Seguindo a lógica desse pensamento e aplicando-a às relações entre adultos e crianças em sociedades ocidentais atuais ou, mais especificamente, brasileiras, apreende-se que são os adultos que determinam as regras sociais a serem seguidas pelas crianças. Isso porque há um consenso bastante difundido de que as crianças são indivíduos ainda imaturos, irracionais e inocentes, incapazes de decidir o que é melhor para suas vidas e que, por isso, devem ser guiados no presente, na formação da “boa criança”, e em direção ao futuro, à formação do “adulto ideal”, por indivíduos mais experientes – os adultos.

Obviamente, as definições de “boa criança” e “adulto ideal” variam de acordo com os grupos sociais, suas regras e os contextos em que vivem. Mas o que é importante a ser observado é que essas determinações existem e influenciam as relações, as imagens e os modos de pensar e agir dos indivíduos. É ainda mais importante analisar como o TDAH se insere nessas realidades.

Em contraste à “boa criança”, existe a criança que apresenta comportamentos inadequados, identificada por seu grupo como “difícil”, “mal-educada” ou desinteressada, e dela são exigidas, assim como de seus pais ou responsáveis legais, atitudes mais adequadas ou medidas corretivas. Essa identificação se expressa no estigma, na marcação ou rotulação dos que se desviam do “bom caminho”, dos transgressores de regras sociais e definições da criança ideal.

Infere-se, então, que o estabelecimento do diagnóstico de TDAH é o momento em que os comportamentos infantis socialmente considerados inadequados se tornam características de um transtorno mental, e os portadores passam aos cuidados médicos; ou seja, é o momento em que se concretiza a patologização da condição das crianças “desviantes”. Está aberta, assim, a porta para que o psiquiatra entre na vida da criança e de sua família e lhes recomende o que se deve fazer para que suas tarefas cotidianas sejam retomadas.

Pode-se dizer, nesse sentido, que o TDAH se constitui como um modelo que agrupa determinados comportamentos tidos como inadequados e cria modos de detectá-los (os critérios diagnósticos e os diagnósticos em si) e de tratá-los (medicamentos, terapias e conselhos), reajustando a criança às regras sociais.

Entretanto, a mudança de perspectiva que redefine a criança “difícil” como criança com TDAH, que manifesta comportamentos patológicos e anormais, modifica também o estigma que ela sofre. A criança não será mais vista como uma transgressora de regras sociais definidas por seu grupo, mas sim como alguém “doente” e “louco”, perigoso e imprevisível. Ou seja, ela continua sendo diferente, mas, a partir do diagnóstico de TDAH e do tratamento psiquiátrico e medicamentoso, sua diferença se torna nociva e ameaçadora. Como consequência, os indivíduos “normais” exigirão medidas que contenham o perigo representado pela criança diagnosticada, assim como a própria criança e sua família buscarão a “normalidade” e o bem-estar onde há a promessa de “cura”: no psiquiatra e no medicamento.

Desse modo, estigma, patologia (TDAH), psiquiatria e medicamento inserem a criança em um círculo vicioso que alimenta sua “anormalidade” e a busca por soluções; no caso, o tratamento psiquiátrico e medicamentoso. Alimenta, principalmente, processos de medicalização e de controle de vidas e subtrai a importância de processos sociais, culturais e históricos, ao mesmo tempo em que permite que se perpetue uma sociedade fundamentada na competitividade, classificação e valorização dos bons desempenhos, sem qualquer crítica, já que os problemas são entendidos como biológicos e, até mesmo, naturais.

Enfim, TDAH, medicamento e estigma se encontram implicados em um movimento de controle de indivíduos e populações – que Foucault (1977) denomina como biopoder – quase imperceptível e fracamente contestado, que condiciona os modos como os indivíduos compreendem e explicam sua condição, as imagens de si e de seu mundo e seus estigmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões propostas neste artigo permitem enxergar, sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, algumas manifestações sociais e históricas, envolvendo os processos de biologização, medicalização e estigmatização. Nesse sentido, o TDAH funciona como um modelo social e historicamente construído para detectar indivíduos que, de determinada maneira, não se adaptam às mudanças e às novas exigências da sociedade. Por isso, deve-se questionar a base biológica que se defende para o transtorno e a própria construção de um modelo diagnóstico para comportamentos infantis ressignificados como patológicos, de forma a valorizar, nesse tipo de debate, os processos sociais, culturais, econômicos, políticos e históricos que compõem uma sociedade e influenciam a maneira como os indivíduos constroem e explicam seu mundo.

A medicalização está em consonância com a biologização, uma vez que o primeiro processo somente é possível a partir do segundo e da legitimidade que ele fornece à intervenção médica e ao uso de medicamentos para tratar problemas definidos como de saúde.

No caso do TDAH, o uso de medicamentos psicoestimulantes, como a Ritalina[®], é o modo mais rápido, eficaz e, por isso, mais adotado de se alcançar os resultados propostos pelo tratamento psiquiátrico, isto é, a busca de bem-estar e “normalidade” e o aumento do desempenho social, acadêmico e individual da criança diagnosticada.

De forma mais clara, a Ritalina[®], com o respaldo de profissionais de saúde e leigos, é uma das maneiras mais eficientes e, ao mesmo tempo, sutis de controle de indivíduos.

Por sua vez, a estigmatização é a ferramenta de que dispõem esses processos para apontar a existência de crianças “desviantes” e justificar a necessidade de seu tratamento. Entretanto, ela também é uma ferramenta para quem busca um olhar crítico sobre o TDAH, pois revela as formas como as sociedades e seus grupos impõem exigências e expectativas às crianças e permite compreender por que certos comportamentos infantis passam a ser definidos como patológicos.

Por fim, é preciso ter em mente que a criança é o principal sujeito do TDAH, de seu diagnóstico e tratamento e dos discursos e saberes que os envolvem. Ela é silenciada por classificações e soluções psiquiátricas que recriam sua própria imagem. Também é socialmente entendida como um ser imaturo, frágil e irracional, em formação para o futuro adulto.

Tendo em vista essas considerações, surge a pergunta: essas crianças diagnosticadas com TDAH não estariam tentando dizer algo por meio de seus comportamentos hiperativos, desatentos e impulsivos? Quer dizer, manifestar comportamentos diferentes poderia ser uma maneira de as crianças dizerem que algo está errado em seu mundo ou que algo não lhes agrada?

De qualquer forma, a busca pela “cura” dos comportamentos desagradáveis e as respostas dadas a ela promovem a adaptação das crianças com TDAH às exigências de seus grupos e sociedade. Essas crianças são silenciadas por um controle que as toma completamente, desde a composição química e fisiológica de seus corpos até suas formas de se expressar e viver. Nessa lógica, é possível interpretar o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso como mecanismos de medicalização e, mais profundamente, de controle de vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.
- ANVISA. *Venda de metilfenidato*. [Mensagem pessoal.] 06 JUL. 2010.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. 4. ed. revisada. Porto Alegre: Artmed, [2000] 2002.
- BECKER, Howard S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- BRADLEY, Charles. The behavior of children receiving benzedrine (1937). *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 94, n. 3, p. 577-585, 1994. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/94/3/577>>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- CONRAD, Peter. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, Waltham, v. 18, p. 209-232, ago. 1992. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.001233?journalCode=soc>>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- DELEUZE, Gilles. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle. Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-226.
- FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/14.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2011.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

- _____. *Microfísica do poder*. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006a.
- _____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.
- _____. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008a.
- _____. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- ITABORAHY, Cláudia. *A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo*. 2009. 126 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.
- LEFÈVRE, Fernando. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- LIMA, Rossano C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MIGUELOTE, Vera R. S.; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R. de. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 190-196, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n1/21.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- MOYSÉS, Maria Aparecida A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. Campinas: Mercado das Letras; São Paulo: FAPESP, 2001.
- REIS, José Roberto F. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 135-157, mar./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702000000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- RITALINA®: Cloridrato de metilfenidato: comprimidos. Responsável técnico farm. Marco A. J. Siqueira. Taboão da Serra: Novartis Biociências S/A, [200-]. *Bula de remédio*. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B26162-1-o%5D.PDF>>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- SILVA, Ana Beatriz B. *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente, 2003.
- SZASZ, Thomas S. *O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal*. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.