

SOB A TUTELA DO BIOPODER: CRIANÇAS COM TDAH¹

*Tatiana de Andrade BARBARINI**

RESUMO: A criança aparece na sociedade contemporânea como um sujeito de direito diferente do adulto e que, devido a sua fragilidade (apoiada na ideia de ser em desenvolvimento físico, intelectual e o moral), deve receber cuidados especiais. Mas como a criança vem sendo tutelada? Este artigo desenvolve uma análise sociológica sobre o cuidado à criança que se pauta em diagnósticos psiquiátricos e em tratamentos medicamentosos. Enfoca o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e de seu tratamento médico psiquiátrico baseado primordialmente no uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato. A abordagem proposta resulta de pesquisa de campo realizada em um ambulatório de psiquiatria infantil e de considerações advindas de investigação sociológica, ainda em desenvolvimento, em escolas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. TDAH. Psicoestimulantes. Biopoder.

Introdução

A criança é considerada, atualmente, um sujeito de direito indefeso e inocente, o que implica certa concepção de infância comumente aceita: uma fase inicial de formação social, moral, intelectual e física do ser humano, que demanda cuidados especiais de adultos e de instituições específicas, como a família, a escola

* Bolsista Capes. Doutoranda em Sociologia. UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Pós-graduação em Sociologia. Campinas – SP – Brasil. 13083-970 - tati.barbarini@gmail.com

¹ Este artigo traz resultados de dissertação de mestrado (BARBARINI, 2011), (IFCH/UNICAMP), financiada pela CAPES e, principalmente, pela FAPESP. Agrega algumas considerações de pesquisa de doutorado em desenvolvimento, também financiada pela FAPESP.

e o Estado. Cita-se, por exemplo, o amparo legal do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que busca garantir a esses indivíduos² proteção integral e “[...] todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual, social, em condições de liberdade e de dignidade.” (BRASIL, 1990).

A questão da infância e de seus cuidados se impõem a partir de diferentes âmbitos e problemas sociais como a violência, o trabalho infantil e a educação gratuita de pouca qualidade, mas também por meio dos direitos de acesso, por exemplo, à educação inclusiva e aos diagnósticos médicos e psiquiátricos. Este artigo propõe-se a tocar nestas formas de tutela da infância a partir da reflexão sobre o diagnóstico de crianças como portadoras de transtornos mentais comportamentais e relacionados ao que se chama de dificuldades de aprendizagem, destacando o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Ritalina®.

A educação inclusiva (ou educação especial)³ ainda tem como foco as crianças em fase escolar portadoras de deficiência visual, auditiva ou intelectual, entre outras deficiências (termo que é comumente utilizado, mas em torno do qual surgem diversas polêmicas) que demandam práticas pedagógicas e espaços escolares especiais. Estes são juridicamente definidos como necessidades especiais a serem atendidas a fim de permitir a integração da criança nas classes comuns do ensino regular (BRASIL, 1996). Embora seja dado enfoque às condições mencionadas, outras vêm sendo progressivamente evocadas por professores e famílias como necessidades especiais, como é o exemplo dos problemas comportamentais e das dificuldades de aprendizagem que levam a chancela médica (o laudo) de transtornos mentais.

Esse tipo de realidade aponta a necessidade de questionar algumas certezas. Assim, propõe-se uma análise sociológica centrada no TDAH infantil e em seu tratamento médico psiquiátrico e medicamentoso, a fim de compreender a trama social que comporta tais fenômenos, mas que é ofuscada quando o TDAH é abordado exclusivamente por um recorte neurobiológico. Para tanto, o conceito de biopoder será utilizado como suporte analítico de resultados obtidos em pesquisa de campo.

² Os termos sujeito e indivíduo referem-se, respectivamente, à inserção do ser humano em relações sociais complexas (noção foucaultiana de relação de poder) e ao ser humano individualizado, responsável por si, mas dependente de outros indivíduos (noção de sociedade de autonomia de Alain Ehrenberg).

³ O tema da educação inclusiva não é objeto de análise deste artigo. Contudo, ela se faz presente nas manifestações de sujeitos e de grupos relacionados ao TDAH aqui analisados.

Os pressupostos neurobiológicos do TDAH e a noção de biopoder

A teoria e a prática responsáveis pela definição predominante do TDAH no Brasil concentram-se no campo médico psiquiátrico e têm como guia o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (APA, 2002) e DSM-V (APA, 2013). Esses manuais definem o TDAH como um transtorno mental caracteristicamente infantil (uma vez que ele se manifesta pela primeira vez na infância), cujos sintomas são desatenção, hiperatividade e impulsividade. Suas causas ainda são desconhecidas, mas tais manuais e muitos estudos médicos defendem a hipótese de uma causa neurobiológica, uma falha em neurotransmissores responsáveis por funções atencionais e reguladoras, enquanto fatores psicossociais seriam secundários. Essa hipótese é fortemente aceita pelo campo médico devido à ação eficaz de medicamentos psicoestimulantes nesses neurotransmissores. É o caso do metilfenidato (mais conhecido como Ritalina®), psicofármaco que, em baixas doses, permite controlar os sintomas que caracterizam o TDAH.

A observação da prática médica em um ambulatório de psiquiatria infantil permitiu verificar que há um distanciamento entre as implicações de um saber neurobiológico, ditado pelo DSM (APA, 2002) e pelos estudos dos mais renomados especialistas em TDAH brasileiros e que define os procedimentos para o diagnóstico e o tratamento dos casos de transtornos infantis lá atendidos, e as relações sociais e morais complexas que constituem a vida dos sujeitos encontrados no ambulatório. Na prática, esse distanciamento evidencia-se no que trataremos por hierarquias.

Na teoria, esse distanciamento é verificado destacadamente em alguns momentos históricos específicos. O primeiro refere-se ao que os proponentes de uma história oficial do TDAH⁴ chamam de primeira denominação do transtorno: o defeito no controle moral, definido pelo médico inglês George Still em 1902. Tratava-se de um defeito da vontade inibitória caracterizado por falta de atenção e comportamentos agressivos, desafiantes, indisciplinados, cruéis e pouco controlados (SCHWARTZMAN, 2001). Segundo Caliman (2010), os estudiosos da história oficial do TDAH utilizam apenas os aspectos das pesquisas de Still que evidenciavam a condição mórbida, biológica e cerebral do defeito, sem tocar na problemática moral que permeava o debate médico inglês do início do século XX.

Outro momento refere-se à pesquisa de Charles Bradley (1937) sobre a ação da benzedrina. Suas experiências envolviam crianças institucionalizadas consideradas problemáticas, entre 5 a 14 anos de idade, que dispunham de inteligência dita normal

⁴ Caliman (2010) chamou de história oficial do TDAH a proposta feita por representantes da psiquiatria neurobiológica de encontrar as origens neurológicas de tal transtorno. Nessa história, não se consideram os aspectos sociais, históricos, morais, econômicos e políticos de cada época que essa história abrange.

e que apresentavam distúrbios de comportamento. Foi-lhes administrada benzedrina (um tipo de anfetamina) e, logo no início das experiências, observou-se uma drástica alteração no desempenho escolar das crianças estudadas (tais como aumento da velocidade de compreensão e de precisão de desempenho, alterações temporárias em características pessoais e controle das respostas emocionais), que se tornavam mais plácidas e interessadas em seu ambiente: um **aprimoramento**, do ponto de vista social (BRADLEY, 1937).

Esse estudo foi o ponto de partida para a associação entre adequação comportamental aos valores de uma época e uso de drogas psicoestimulantes, como a anfetamina. Contudo, a história oficial do TDAH faz uso dessa descoberta para reforçar a existência de uma base biológica e cerebral do transtorno, mas sem analisar ou mesmo mencionar as implicações sociais e morais de um aprimoramento, do ponto de vista social.

O terceiro momento diz respeito ao advento do DSM-III em 1980. Esse acontecimento foi decisivo para o distanciamento entre questões comportamentais e valores morais e sociais na teoria e na prática psiquiátrica dos transtornos mentais e dos psicoestimulantes, sendo marcado pela substituição da vertente psicodinâmica da psiquiatria estadunidense (e também da brasileira) pelo modelo biomédico⁵. Adotava-se um saber capaz de definir as disfunções por meio de conhecimentos biológicos, de critérios descritivos e de sintomas observáveis. Um saber comprometido com o desenvolvimento de psicofármacos pela indústria farmacêutica e com a regulação dessas disfunções por meio de medicamentos (DERBLI, 2011). O que se ocultava era a relação entre ciência e política estabelecida pelo DSM-III.

Quanto à relação entre psiquiatria e indústria farmacêutica, vale notar que a Ritalina® foi associada, nas décadas de 1960 e 70, à Disfunção Cerebral Mínima (DCM) e, na década seguinte, ao Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA), diagnósticos que coexistiram e criaram as bases para o aparecimento do TDAH em 1987, com a publicação do DSM-III-R. Ritalina® é o nome fantasia do composto químico metilfenidato, um psicoestimulante pertencente ao grupo das anfetaminas, sintetizado pela primeira vez em 1944 e recomendado para problemas como a fadiga em idosos (ITABORAHY, 2009). Ainda que as causas do TDAH fossem desconhecidas, observava-se que o metilfenidato estimulava o sistema nervoso central e, assim como a benzedrina, aumentava o desempenho das funções executivas, auxiliando crianças que apresentavam comportamentos desatentos,

⁵ O questionamento da validade da psiquiatria psicodinâmica, o corte de verbas destinadas às pesquisas na área e à cobertura de procedimentos psiquiátricos e a pressão dos movimentos sociais antipsiquiátricos e de contestação de categorias psiquiátricas, como o "homossexualismo" (DERBLI, 2011), possibilitaram tal mudança.

hiperativos e impulsivos a melhorar seu desempenho em atividades cotidianas, tais como as tarefas escolares.

O distanciamento entre moral social e discurso/prática psiquiátrica que permeia a história do TDAH aparece, então, como um recurso adotado para conferir legitimidade científica a um campo de conhecimento que busca se afastar de suas origens subjetivas e se aproximar do objetivo, do científico, da biomedicina e da neurologia. Nesse sentido, uma análise que se proponha a desnaturalizar as relações entre os saberes e o aparecimento das classificações psiquiátricas mais comuns na atualidade pode fazer uso dos conceitos de medicalização e biopoder.

O aparecimento da noção de medicalização nos estudos desenvolvidos nos Estados Unidos pelo campo da sociologia médica (CONRAD, 1976; ZOLA, 1972) ocorreu nos anos 1970 e nas obras de Michel Foucault na França, no início da década anterior (FOUCAULT, 2010, 2008). De modo bastante generalizado, a sociologia médica estadunidense definia a medicalização como a transformação de questões sociais em problemas médicos, tratados geralmente por meio de medicamentos. Foucault não criou uma definição bem delimitada do que chamava de medicalização, mas, o conjunto de sua obra permite compreendê-la como um processo de integração, iniciado no século XVIII, das condutas, dos comportamentos e do corpo humano “[...] a um sistema de funcionamento da medicina que é cada vez mais vasto e que vai muito mais além da questão das enfermidades.”, processo esse “[...] que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico.” (CASTRO, 2009, p.299).

Essa função política da medicina foi explicitada no conceito de biopoder, também cunhado por Foucault em meados dos anos 70. Esse conceito incorpora a disciplina dos corpos individuais (transformados em objetos passíveis de observação, vigilância e controle constantes, para os quais se constroem saberes e instrumentos específicos), a regulação da vida das populações (biopolítica) e o governo como relação entre sujeitos (o governo dos outros) e como relação consigo mesmo (governo de si) (FOUCAULT, 2006a; CASTRO, 2009).

Essas noções têm importância nos atuais estudos acadêmicos e nos debates públicos e críticos relativos à intervenção médica sem limites. Sendo comumente incorporadas à linguagem profissional em diferentes campos de atuação (em especial a medicina, a educação e a psicologia) e à linguagem midiática, as noções de medicalização e de biopoder ganham usos os mais variados, mas pouco refletidos, o que faz surgir a necessidade de atualizá-las.

Clarke e seus colegas (2003) propuseram o conceito de biomedicalização para expressar a intensificação do processo de medicalização em novos contextos marcados pela tecnociência. Para os autores, as inovações biotecnológicas

reformularam, a partir de meados da década de 1980, a produção, a distribuição e o manejo das informações sobre o conhecimento do cuidado de saúde, fazendo surgir novos diagnósticos, tratamentos e procedimentos (bioengenharia, genômica, tecnologias computadorizadas, medicina baseada em evidências, novas drogas etc.). A biomedicalização deveria se referir também à responsabilização dos indivíduos por sua própria saúde, a ser garantida pelo acesso ao conhecimento, pela autossupervisão, pela prevenção, pela avaliação de riscos e de seu tratamento e pelo consumo de bens e serviços médicos.

A questão da responsabilização do indivíduo por sua saúde (e por todos os aspectos de sua vida) é apresentada por Ehrenberg (1995) por meio da noção de sociedade de autonomia, na qual cada indivíduo deve encontrar para si um projeto e agir por si mesmo para não ser excluído de um lugar, independentemente dos recursos culturais, econômicos ou sociais dos quais se dispõem.

Em Rose (2007), essa questão também se apresenta como uma condição social contemporânea para o surgimento e o exercício de novos saberes e maneiras de se governar e de governar os demais seres humanos. O indivíduo seria o responsável pela administração de seus negócios e pela garantia de sua própria segurança presente e futura, o que possibilita o aparecimento de uma biopolítica contemporânea pautada na percepção de um incremento qualitativo nas crescentes competências humanas de controlar, manejar, projetar, construir, remodelar e modular uma variedade de capacidades vitais, incluindo suas funções cerebrais. Essa nova biopolítica foi denominada política vital (*politics of life itself*).

A vida pode ser modelada e administrada a partir de seu nível molecular, de seus mecanismos bioquímicos e de suas variações genéticas, abrindo espaço para as tecnologias de triagem e de visualização computadorizadas e para a atuação de uma biomedicina regulamentada pela exigência da evidência, pelo lucro e pelas padronizações; as tecnologias contemporâneas podem ultrapassar a dicotomia saúde/doença e corporificar visões sobre o que deve ser um estado ótimo na vida individual e coletiva dos seres humanos; podem surgir novas ideias sobre o que são os seres humanos, o que eles devem ser e o que devem esperar, isto é, uma recodificação de deveres, direitos e expectativas no sentido de criar novas formas de vida, novas formas de governo da conduta humana e novas subprofissões que reclamam o saber e o exercício de poderes de administração de aspectos particulares da existência somática dos indivíduos.

A política da vida seria, então, uma ethopolítica, uma tentativa de modelar as condutas humanas atuando em seus sentimentos, crenças, valores, enfim, em sua ética, afirma Rose (2007). Para esse autor, enquanto a disciplina refere-se à individualização e normalização do sujeito e a biopolítica, a sua coletivização e

socialização, a ethopolítica diz respeito às técnicas de si por meio das quais os seres humanos devem julgar e atuar sobre si mesmos para tornarem-se melhores do que já são. O que articula todo esse complexo de relações e formas de autoridade e de vida são as noções de suscetibilidade (predisposição e risco) e de aprimoramento: o sujeito torna-se responsável por si mesmo, por seu sucesso, por sua saúde e pela prevenção dos riscos que sua vida corre, mas conforme ideais conduzidos e pautados no saber e na autoridade científica.

Sendo assim, a autoridade científica do saber biomédico assume contornos contemporâneos de uma biopolítica cuja referência é o nível molecular do corpo humano como responsável pela vida dos indivíduos. Portanto, adotar o conceito de biopoder significa, neste artigo, utilizar uma ferramenta analítica para encontrar a função política contemporânea da neuropsiquiatria no que tange às infâncias contemporâneas e aos discursos, às práticas e às instituições a elas relacionadas, tendo como foco o TDAH.

A criança nas hierarquias de um ambulatório de psiquiatria infantil

Mencionamos anteriormente que o distanciamento entre as implicações do saber neurobiológico e as complexas relações sociais e morais que constituem a vida dos sujeitos encontrados no ambulatório se evidencia, na prática, em hierarquias. Nesta parte do presente artigo, descreveremos as hierarquias encontradas no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas⁶ (BARBARINI, 2011), tomando a criança como referência.

A criança-paciente é a figura central das preocupações, olhares e intervenções dentro do ambulatório, uma vez que é ela quem recebe o diagnóstico e o tratamento de TDAH e o estigma social a eles vinculado. Apesar disso, ela é o sujeito que não é ouvido ou visto a partir de suas experiências que extrapolam o diagnóstico psiquiátrico, o que a coloca na posição mais baixa de todas as hierarquias que compõem aquele espaço. Ela é um caso, um conjunto de comportamentos incômodos, de reclamações, de anotações, de observações alheias e de prescrições que a definem. E, ao mesmo tempo em que deve executar adequadamente as tarefas que lhes são impostas (como as escolares), ela é vista como alguém que não compreende os assuntos adultos, cujas histórias de vida e problemas são muitas

⁶ A metodologia de pesquisa adotada associa observação participativa no ambulatório, entrevistas semiestruturadas (com profissionais de saúde, crianças com TDAH e seus pais) e produção de desenhos infantis. As informações e análises foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP.

vezes relatados desinibidamente nas conversas entre pais que parecem não se importar com o que e como dizem sobre a criança que geralmente ouve a conversa.

Por hierarquia entendem-se as relações desiguais de poder que permeiam discursos, saberes e interações. Segundo Foucault (2006b), o espaço da cura e a própria cura somente são possíveis se houver uma desigualdade de poder, pois, assim, o médico, figura destacada em termos de saber, discurso, postura e responsabilidade pela conquista do bem estar do paciente, adquire legitimidade para impor sua verdade e sua autoridade, silenciando a verdade do louco (ou do paciente portador de um transtorno mental).

Além desse posicionamento destacado do médico frente ao paciente e a qualquer outro sujeito considerado leigo (aquele que não detém saberes e não profere discursos especializados), há a superioridade do adulto em relação à criança em termos de desigualdades de poder. Nessa relação, o adulto também é considerado alguém cujos conhecimentos, discursos, posturas e experiências são mais bem elaborados, o que garante a imposição de sua verdade e autoridade⁷ à criança.

Na hierarquia que distingue médicos e leigos, o médico psiquiatra é a figura de saber que analisa os sintomas, elabora um diagnóstico, verifica a evolução do caso e estipula um tratamento. A tendência neurobiológica que marca predominantemente a psiquiatria brasileira faz com que a criança seja definida apenas pelo que se determina, no campo médico, por uma patologia genética que acomete alguns de seus neurotransmissores e, conseqüentemente, seus comportamentos e desempenhos acadêmicos e sociais. Ela é ouvida durante a consulta para que o médico tenha indicações diretas que comprovem ou refutem seu diagnóstico. Quem ela é e do que ela gosta são informações secundárias, a não ser que essenciais ao diagnóstico. O mesmo acontece com seu contexto social, cujos elementos são analisados como possíveis propulsores do transtorno, mas não como questão central.

A problemática que permeia essa relação hierárquica é a de que se a criança não se adapta às exigências de seu meio, ela pode sofrer de uma patologia neurológica a ser identificada, classificada e tratada. O que fica suspenso, mas não ausente, são o fato de que seus sintomas refletem exigências sociais acerca dos comportamentos infantis e o porquê da transformação do mau comportamento em uma patologia quando essas exigências não são cumpridas.

No segundo tipo de hierarquia que se verificou no ambulatório (entre adultos e crianças), o adulto ocupa posição superior à criança em suas relações devido à autoridade e à legitimidade que assume por possuir experiências, saberes

⁷ Em nossa pesquisa atual, observa-se que a autoridade do adulto (particularmente a dos pais e a dos professores) enfrenta algo como uma crise e que a criança passa a assumir novos papéis nas relações com esses sujeitos.

e discursos socialmente considerados maduros, que guiariam a criança em seu caminho. Se por um lado há uma forte preocupação com o bem estar infantil, com seu desenvolvimento integral e com sua integração social adequada, por outro a criança é colocada mais como um expectador de sua condição do que como sujeito ativo, que compreende seu mundo e formula interpretações sobre ele.

Atualmente, a questão imposta pelo campo neuropsiquiátrico (termo que reflete a aproximação cada vez mais forte entre psiquiatria e neurologia) é a de como o **cérebro** aprende, e não como a criança aprende. Esse tipo de discurso torna-se frequente nos simpósios, nas cartas, nos trabalhos acadêmicos, nas práticas profissionais e no vocabulário midiático que tomam a criança como objeto de análise, estudo ou intervenção e que reduzem a complexidade das relações dessa criança a um problema neurofisiológico, isto é, a como o cérebro funciona, como ele conduz a vida dos indivíduos e como é possível atuar no nível cerebral a fim de prever e evitar riscos, de prover o bem estar para aqueles que sofrem e de aprimorar sua capacidade individual e seu desempenho social.

Esse reducionismo condiciona as relações sociais na contemporaneidade, especialmente as que se baseiam em diagnósticos psiquiátricos, como o TDAH. Sendo que, por relações sociais entendemos não somente a interação entre diferentes sujeitos, como as observadas nas hierarquias do ambulatório, mas também os modos de um sujeito relacionar-se consigo mesmo, compreender-se, governar-se. E os modos de ser hiperativos difundem-se tanto dentro daquelas hierarquias quanto em espaços de fácil acesso cotidiano. Exemplo disso é a atuação da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), organização cujo objetivo é apoiar pais e portadores do TDAH e lhes garantir o acesso a informações sobre o transtorno, seu diagnóstico e seu tratamento e o acesso a direitos civis de inclusão escolar e de respeito às diferenças. Para isso, a associação promove palestras, cursos e encontros e disponibiliza em sua página eletrônica informações gerais sobre o TDAH, testes autoaplicáveis, textos, vídeos, atualizações científicas, notícias da mídia e orientações gerais sobre onde procurar ajuda, sendo apoiada por diferentes instituições, entre elas, as empresas farmacêuticas Janssen-Cilag Farmacêutica (fabricante do Concerta®) e a Novartis (fabricante da Ritalina®) e a Associação Brasileira de Psiquiatria.

Em julho de 2012, a ABDA divulgou em sua página eletrônica e difundiu por meio de correio eletrônico (*newsletter*) um manifesto assinado por vinte e nove entidades médicas contra matérias sobre o TDAH veiculadas “pela mídia jornalística não especializada”. Segundo o manifesto, intitulado Carta de esclarecimento à sociedade sobre o TDAH, seu diagnóstico e tratamento vêm sendo difundidos por profissionais que se dizem especialistas em saúde e educação, mas, que emitem **opiniões pessoais equivocadas** por meio das quais se expressa a mensagem de que o

TDAH não existe. O manifesto ainda menciona a existência de pesquisas científicas que provam a existência do transtorno e classifica a crítica como ignorância e crime (ABDA, 2012).

Esse tipo de veiculação evidencia a função social da ciência como referencial de verdade e de significado para os modos de ser contemporâneos. A carta afirma que apenas os especialistas (os detentores de um saber científico especializado) podem proferir a verdade sobre o TDAH, seu tratamento e o indivíduo que o porta. Nesse sentido, nem mesmo a criança diagnosticada pode dizer que ela é diferente das imagens do hiperativo e do desatento, construídas historicamente. A essa criança são imputadas formas de olhar para si mesma, de saber como ela deve ser e o que ela deve fazer para ser normal, levando em consideração que seu desempenho inadequado se deve a seu falho funcionamento cerebral.

A criança (com TDAH) e suas experiências: uma brecha para a resistência?

Consideramos que a imposição científica de imagens ideais de si aos sujeitos faz parte da função biopolítica da neuropsiquiatria contemporânea. Porém, a biopolítica, o biopoder, a medicalização, enfim, as relações de poder constituem-se também de possibilidades de fugir a essa imposição. Foucault (2006a) alertava que qualquer relação de poder somente é possível pela existência de formas de resistência às submissões por ela impostas. A partir disso, Rose (2007) constata ser necessário mapear os caminhos ainda não seguidos que podem guiar futuros potenciais, diferentes das determinações dos saberes e das práticas do presente.

Um desses caminhos vem sendo desenhado, desde a década de 1990, pela emergente sociologia da infância, que se define pela proposta de tomar as crianças como atores individuais e coletivos, como agentes sociais ativos e criativos que produzem suas próprias culturas infantis, mas que também contribuem à produção das sociedades adultas (CORSARO, 1997). Buscamos adotar esse olhar na pesquisa realizada no ambulatório e na atual pesquisa em desenvolvimento⁸.

A interação direta da pesquisadora com as crianças, por meio de conversas, brincadeiras e desenhos permitiu apreender as informações vindas da sociedade adulta e do contexto em que a criança está inserida, processadas pelo faz de conta ou por interpretações próprias, mesclando elementos adultos e infantis. Observou-se

⁸ Pesquisa de doutorado que se desenvolve em duas escolas públicas de ensino fundamental ciclos I e II e uma instituição de ensino não formal. A metodologia envolve observações em sala de aula e nos horários de recreação; entrevistas semiestruturadas com professores, crianças e pais (quando é possível ter acesso a eles).

que as crianças rotuladas como portadoras de TDAH e incluídas em um grupo de critérios diagnósticos, classificações e soluções psiquiátricas questionam, cada uma ao seu modo, o que lhes é imposto como um problema, o que lhes define o modo de ser e sua própria imagem (as representações e os significados criados para e pelas crianças com TDAH e vinculados a sentimentos reais).

Um exemplo disso foram os questionamentos e as dúvidas colocadas por algumas crianças no ato da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que informa aos sujeitos o conteúdo da pesquisa e que demanda sua assinatura para atestar sua decisão de participar da pesquisa. Antes de decidir, um dos meninos quis saber dos detalhes da pesquisa e compreender por que ele havia sido escolhido; depois que suas dúvidas foram esclarecidas, ele assinou o termo. Vale destacar que, em termos legais, bastaria a assinatura do responsável para validar o documento; entretanto consideramos que incluir a participação ativa da criança desde o início, explicando-lhe a pesquisa, perguntando-lhe se gostaria de participar e solicitando seu compromisso formal, seria uma forma de valorizar a criança como sujeito de experiências.

Para explicitar o segundo exemplo, destacamos três episódios: a preocupação de um menino de 11 anos com a condição financeira de sua família, a estória de um menino de 12 anos e a fala de um menino de 10 anos (idades referentes ao ano de 2010). Sobre o primeiro caso, cita-se o relato da observação que consta em estudo:

Conversando com psicólogas na “salinha”, que lhe aplicavam um teste de inteligência, o menino de 11 anos disse ter elaborado um plano para o caso de sua mãe perder o emprego: ele disse que, como é esperto, teria uma perua e arrumaria um emprego, juntaria as moedinhas, depositaria e compraria uma casa. Sua mãe lhe disse que, caso ela perdesse seu emprego, eles morariam na rua, onde não se paga nada. O menino concluiu, então, que se não há gastos morando na rua é possível economizar, mas, ao mesmo tempo, ficou preocupado com a possibilidade. (BARBARINI, 2011, p.124).

Nesse trecho, percebe-se que o garoto assimila as informações e as preocupações transmitidas por sua mãe (uma pessoa adulta) acerca de moradia, trabalho e sustento da família, mas as reinterpreta de um modo próprio, conforme suas maneiras de entender o mundo que o cerca, oferecendo soluções criativas a problemas familiares.

Do segundo menino, apresentamos sua estória:

Nasceu um menino chamado Guilherme. Ele transformava-se em leão quando quisesse. Um dia, ele passou para a 5ª série, todos detestavam o coitado. Um dia,

ele não se controlou e se transformou em leão! Guilherme foi expulso da escola e pior! Da cidade. Guilherme foi para um deserto, em uma tempestade de areia, sozinho, sem comida e nem água, encontrou uma caverna, na qual encontrou um outro menino, que transformava-se em tatu, chamado Zé, eles conversaram:

- Não sei o que aconteceu comigo, Zé. Fui expulso de tudo o que tinha.
- Você precisa mostrar pra eles como seu coração é bom, Gui. Existem muitas crianças além de nós com isso.
- Mas como?
- Ajude-os como puder!
- Eu não vou dar uma de super-herói, se é isso que quer dizer...
- Se for o único jeito, sim.

Então o Guilherme foi para Caconde, era Festa de Setembro, onde um menino iria cair da roda-gigante, Guilherme salvou a vida dele, por isso é chamado de herói. (BARBARINI, 2011, p.125).

Essa estória nos foi apresentada pela mãe do menino já sob o olhar classificatório e diagnóstico da psiquiatria: texto curto, rápido, sem detalhes, indicações de impaciência e produção de atividades inconclusas; indicações dos sintomas de TDAH. Entretanto, o que o menino nos apresenta, em seu texto, é a expressão de uma história particular recontada por meio de personagens e símbolos que expressam seu modo de compreender e de explicar seu mundo, de se relacionar com seu contexto e com outros indivíduos. Ele nos chama atenção para a questão do estigma que marca sua vida.

A fala do menino de 10 anos foi relatada por sua mãe. Trata-se da questão do medicamento como normalizador:

[ele diz] “eu quero tomar o remédio logo pra mim [sic] ficar mais calmo”. Às vezes ele fala “não sei por que eu sou tão agitado assim, por que eu sou desse jeito, mãe? Eu queria ser do outro jeito” (BARBARINI, 2011, p.112).

Preocupação, estigma e medicamento, então, são temas que se destacam nessas diferentes expressões infantis sobre o modo como as próprias crianças se veem (e como **os outros** as veem) e como elas entendem e reinterpretem o mundo que as rodeia. Sob o rótulo de crianças com TDAH, elas apresentam particularidades que são pouco valorizadas, mas que dizem muito sobre as questões sociais e morais de sua época.

O estigma é significativo nesse sentido. Entende-se por estigma a marca simbólica depreciativa imputada a um indivíduo cujos atributos reais não estão de acordo com as características e categorias que lhes foram atribuídas por outros indivíduos em uma interação face a face (GOFFMAN, 1988). Essa discordância ocorre no primeiro contato com o indivíduo desconhecido, uma vez que, para diferenciar o que é bom e ruim, o que é aceito e repudiado, a sociedade estabelece atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada categoria. Isso permite prever, em um primeiro contato com uma pessoa desconhecida, a qual categoria ela pertence.

Esse conceito sociologicamente formalizado e que se apresenta em diferentes tipos de interação entre indivíduos nos permite encontrar uma ponte entre sociedade e transtorno mental. Se as crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH o são devido à observação de certos sintomas (manifestações comportamentais) que as prejudicam em sua vida social, familiar e acadêmica; se algumas delas (a maioria observada no ambulatório) sofrem com o estigma, com a depreciação de sua imagem (alguém inferior, problemático, anormal, louco); se elas se encontram nas posições inferiores das hierarquias do ambulatório (e também das hierarquias sociais, como na relação entre adulto e criança), devemos refletir: o TDAH é mais do que um transtorno mental e o medicamento, mais do que um tratamento ou um controle de sintomas; eles são os mecanismos pelos quais crianças que não aprendem na escola, que não se comportam como deveriam (segundo as exigências das sociedades neoliberais contemporâneas, tais como competitividade e ótimo desempenho social e cerebral) e que talvez não se tornem adultos produtivos, são identificadas e corrigidas. Seu defeito não é cerebral, é moral.

Contudo, cada forma de expressão infantil traz a possibilidade de transgredir expectativas, de ser um outro, de colocar em movimento as linhas fixas de nossa sociedade, seja pela forma simbólica de passar de um excluído a um herói (como na estória do menino que se transformava em leão), pelas soluções criativas para os problemas cotidianos ou pelas maneiras sutis de nos revelar que o medicamento pode definir quem é uma pessoa e enquadrá-la nas expectativas comportamentais que lhe são impostas. A possibilidade de transgressão pode, assim, apontar para questões sociais subjacentes.

José (nome fictício) era um menino de 13 anos que frequentava consultas com um neurologista e com uma psicóloga (quem ele preferia, pois ela o deixava brincar, enquanto o neurologista o “entupia de remédio”, segundo José). Sua resposta à pergunta “você acha que uma pessoa, dita hiperativa ou com dificuldade de atenção, deveria ir ao médico ou tomar remédio?” segue transcrita:

Se a pessoa estiver imaginando alguma coisa... depende. Se ela tiver um trauma e não conseguir resolvê-lo, aí tem que pedir alguma ajuda, né, profissional. Mas se estiver pensando coisas boas, não tá atrapalhando nem a aula, depois qualquer coisa o professor passa pra ele, a matéria. (Menino de 13 anos, estudante de ensino fundamental II em escola municipal, entrevistado em 01/07/2013).

No sistema educacional brasileiro, público ou privado, essa proposta é inconcebível. Os professores relatam que sua sobrecarga de trabalho e de responsabilidade é grande, impossibilitando a dedicação individual aos alunos e às suas particularidades. Esses profissionais sentem-se impotentes e desamparados, particularmente quando se deparam com alunos que demandam cuidados especiais, como as crianças com TDAH, e solicitam o apoio de especialistas. Espaços como as sessões de psicoterapia, os ambulatórios e clínicas psiquiátricas, então, aparecem como espaços legítimos onde se criam estratégias para que o aluno não se disperse e se mantenha dentro de um padrão com o qual todos conseguem, pelo menos minimamente, lidar.

Se, por um lado, a fala de José revela uma estratégia do campo *psi* de captura de sujeitos ditos problemáticos ou especiais quando diz que “se uma pessoa tiver um **trauma** e não conseguir resolvê-lo, deve procurar um profissional”, por outro há uma proposta de subversão da lógica educacional de ensinar um conteúdo a todos os alunos do mesmo modo e no mesmo momento: se a pessoa estiver pensando em coisas boas, que se deixe-a pensar e, depois, em seu tempo, “o professor passa a matéria”. Nessa perspectiva, o déficit de atenção não deixaria de ser um problema e, conseqüentemente, um mecanismo de captura das crianças-alunas que não se enquadram nos padrões de comportamento e desempenho que a sociedade lhes exige e que são reproduzidos pela escola? Faria ainda sentido encaminhar essa criança a um psiquiatra, um psicólogo ou um neurologista?

Considerações finais: a tutela da criança pelo biopoder

Jens Qvortrup (apud SIROTA, 2005) afirma que, entre as minorias, as crianças são os seres menos protegidos, uma vez que eles não são seus próprios porta-vozes. Discursos científicos, midiáticos e jurídicos refletem essa constatação que fica ainda mais clara quando se trata de crianças-problema. Assim, entendemos que analisar o TDAH e seu tratamento psiquiátrico e medicamentoso, como mecanismos de exercício do biopoder contemporâneo permite mapear o complexo de relações sociais que atravessam tais fenômenos e o cotidiano de muitos sujeitos. Neste artigo foram apontados alguns caminhos a serem seguidos.

Tratando-se de uma ferramenta analítica, o conceito de biopoder, associado ao fenômeno do TDAH, fornece instrumentos úteis a um diagnóstico de nossa sociedade contemporânea, aqui representada pela criança como sujeito de direito e pelas infâncias que estão sendo criadas, pelos consequentes significados e papéis sociais das famílias e das escolas contemporâneas e pela ciência como autoridade quase incontestável de explicações e sentidos para as experiências individuais e coletivas.

Nessa trama contemporânea, a dicotomia normal/patológico transforma-se em uma relação complexa em que a norma da autonomia, do autocontrole e do desempenho social e cerebral exige que os sujeitos busquem novas referências de sentido e novas performances e possibilita que a incapacidade de se inserir nessas exigências seja redefinida como sintoma de um transtorno mental. O cérebro é transformado em referência, em central onde os desvios podem ser encontrados, e não mais a sociedade, cujos valores contemporâneos passam a ser estruturados pelo saber científico.

A definição do TDAH como um construto é polêmica, pois, implica o embate entre a existência e a inexistência do transtorno. Consideramos que o TDAH existe como um rótulo sob o qual comportamentos são socialmente classificados como patológicos e diferenciados daqueles considerados normais, e não como uma entidade independente de contextos sociais, culturais, históricos, econômicos e políticos. Nesse sentido, o que nos interessa perguntar é: por que certos comportamentos infantis passam a ser considerados manifestações patológicas e sintomas de um transtorno mental? Quais são as implicações de se criar uma subjetividade hiperativa? O que subjaz ao TDAH, qual é a complexidade das relações que o permeiam, em que tipo de sociedade ele se reproduz e que tipo de sociedade ele ajuda a construir?

Assim, mais importante do que questionar se o TDAH existe ou não é buscar caminhos ainda não trilhados e desestabilizar o futuro, isto é, permitir que surjam novas possibilidades de existência individual e coletiva que não sejam determinadas no presente. Assim sendo, é preciso ouvir o que uma criança tem a dizer sobre seu mundo, suas experiências e sua condição, compreender o que sua sociedade exige dela, quais são os valores morais que determinam sua tutela e que definem quais são os comportamentos considerados adequados e as medidas a serem tomadas quando esses comportamentos não são averiguados. A fim de expressar essa postura, procuramos mostrar que a problemática do TDAH e de seu tratamento médico psiquiátrico e medicamentoso tem base social, política e moral (além de histórica e econômica), de construção de regras que definem comportamentos adequados e que punem os desvios, colocados sob o olhar da inserção do problema no corpo individual, em uma disfunção neurobiológica. É nesse sentido que consideramos

que as crianças estão sendo tuteladas por um biopoder contemporâneo, científico e cerebral, ao qual é possível resistir se atentarmos às pistas que esses sujeitos nos oferecem.

UNDER THE CUSTODY OF BIOPOWER: CHILDREN WITH ADHD

ABSTRACT: *The child is considered in contemporary society as a subject of rights different from the adult, and fragile, because of the idea that she or he is still in physical, intellectual, and moral development. In that way, it is a subject that requires special care. However, how is the child been tutored? This article develops a sociological analysis of the child care based on psychiatric diagnoses and medicamental treatments. It brings to a focus the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its psychiatric treatment basically centered on psychostimulants (methylphenidate). The proposed approach results from field research at a children's psychiatric hospital and from some considerations on another field research, now developed in Brazilian public schools.*

KEYWORDS: *Child. ADHD. Psychostimulants. Biopower.*

Referências

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA]. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5.ed. Washington, 2013.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. 4.ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO [ABDA]. **Carta de esclarecimento à sociedade sobre o TDAH, seu diagnóstico e tratamento**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/images/stories/manifesto.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2012.

BARBARINI, T. de A. **O controle da infância: caminhos da medicalização**. 2011. 192f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BRADLEY, C. The behavior of children receiving benzedrine. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, p.577-585, 1937. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/94/3/577>>. Acesso em: 11 ago. 2012.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 30 jul. 2012.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.30, n.1, p.46-61, mar. 2010.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CLARKE, A. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, Aliso Viejo, v.68, n.2, p.161-194, Apr. 2003. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/1519765?uid=2&uid=4&sid=21103281497527>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

CONRAD, P. **Identifying hyperactive children**: the medicalization of deviant behavior. Burlington: Ashgate, 1976.

CORSARO, W. A. **The sociology of childhood**. Newbury Park: Pine Forge Press, 1997.

DERBLI, M. Uma breve história das revisões do DSM. **ComCiência**, Campinas, n.126, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edioao=64&tipo=dossie>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

EHRENBERG, A. **L'individu incertain**. Paris: Hachette Littérature, 1995.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na Idade Clássica. 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. 22.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006a.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

ITABORAHY, C. **A Ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. 2009, 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ROSE, N. **The politics of life itself**: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SCHWARTZMAN, J. S. **Transtorno de déficit de atenção**. São Paulo: Memnon: Mackenzie, 2001.

SIROTA, R. Interview. [jun. 2005]. Entrevistadora: Marie Rauynal. **Diversité**, Paris, p.65-69, jun. 2005.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, London, v.20, n.4, p.487-504, Nov. 1972. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x/pdf>>. Acesso em: 03 out. 2013.

Recebido em: 14/08/2012.

Aprovado em: 28/05/2014.