



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

TORNAR-SE TDAH: CARTOGRAFIA DE UM PROCESSO

Teresa Rachael Rodrigues Santos

Dissertação de Mestrado

Brasília, março de 2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

TORNAR-SE TDAH: CARTOGRAFIA DE UM PROCESSO

Teresa Rachael Rodrigues Santos

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde, na área de
Desenvolvimento Humano e Educação.**

ORIENTADORA: Profa. Dra. Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino

Brasília, março de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DESSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

Profa. Dra. Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino - Presidente

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Regina Lúcia Sucupira Pedroza - Membro

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira Bastos - Membro

Universidade Federal do Pará – UFPA

Profa. Dra. Silviane Bonaccorsi Barbato - Suplente

Universidade de Brasília – UnB

Brasília, março de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo a minha mãe, Cecília M. R. Oliveira, simplesmente por ser, como diria meu irmão Pablo, o tipo de mãe que nos faz acreditar que podemos ser qualquer coisa que quisermos, e que isso não vence com a idade. Uma mãe que me apoiou em muitos momentos e que ao longo desse mestrado acompanhou cada passo, cada vitória, cada sofrimento, compartilhando o sentimento ou mantendo-se serena apenas oferecendo sua presença. Seriam incontáveis os gestos, palavras e afetos oferecidos, por isso preciso agradecer por tudo que me tem sido oferecido desde antes do meu nascimento até agora.

Agradeço à minha filha, maravilhosa, Ananda Lis, pela infinita paciência com essa mãe mestranda. Sem contar todo o amor, companheirismo, alegria, compaixão, euforia e tantos outros sentimentos que me oferece e me proporciona. Um amor de filha sem igual.

Aos meus irmãos, Diego que sempre teve paciência e interesse em ouvir sobre a dissertação e derivados, além de oferecer-me a oportunidade de acompanhar um processo de paternidade tão singular e bonito com a possibilidade e nascimento de Caetano; Rafael que tem sido um exemplo de força e confiança, além de me dar uma sobrinha linda com a qual muito convivi ao longo do mestrado, a magnífica Sophia; Pablo meu irmão que além de me ouvir, sempre confrontou minhas ideias, de modo fraterno e amigo, sem falar do apoio incondicional; Bianca minha irmãzinha que escolheu em muitos momentos aguentar meu mau humor para me dar apoio e um companheirismo único; Rita que sempre se preocupou em saber de mim e me dar palavras de apoio; e por fim, Vanessa minha irmã por parte de irmã que, mesmo em meio aos seus desafios pessoais, sempre me ofereceu sorrisos calorosos e entendimento, além de ter me dado um sobrinho maravilhoso, uma jóia rara, Guilherme.

Não posso deixar de agradecer ao meu pai, Josino, que aos poucos foi dimensionando o que é o processo de um mestrado e ofereceu-me apoio e carinho.

São tantas pessoas queridas, que tenho medo de esquecer alguém. Ainda na família, minha doce avó Albertina, que sempre me incentivou em tudo e se emociona com cada uma de minhas conquistas e diz que também são dela. Não tenho como agradecer o carinho que juntamente com minhas tias avós, Maria José, Eunice e Domitila, as fadas madrinhas da família como dizemos, me foi dado sem parcimônia. Incontáveis vezes ofereceram me rodadas de elogios, desde pequena. Meus tios e tias, primos e primas, em especial Cinthia e Eladio que ouviram sobre tudo que eu fazia no mestrado, leram minhas produções e sempre demonstraram orgulho pelos caminhos que trilhei.

A Lúcia H. C. Z. Pulino, minha orientadora que muito me ensinou, além de me mostrar que é possível incorporar ao cotidiano as teorias em que se acredita. Ao longo de todo o mestrado acolheu com empolgação minhas ideias e incentivou-me a percorrer meu próprio caminho, sempre com olhares e palavras de carinho.

Agradeço a todas as professoras com quem tive a oportunidade de estudar, trocar ideias e aprender, em especial as professoras: Regina Pedroza que além de, junto com Lúcia ser a docente da disciplina mais significativa do meu processo de mestrado, tanto pelas reflexões como pelos afetos que ofereceram a todos os alunos, também esteve

presente em muitos momentos e ofereceu-me importantes lições; Maria Helena Fávero que muito me ensinou, na disciplina que tive a oportunidade de cursar no começo do mestrado; Maria Cláudia S. L. de Oliveira pelas críticas construtivas e incentivo; Daniele Nunes pela sábia recomendação de durante o mestrado fazer a leitura de textos literários, conselho que me levou a leitura de Mia Couto, o qual se tornou meu oráculo e companheiro na escrita da dissertação; Silviane Babato que com sua esfuziante alegria acolheu-me desde a banca de seleção; por fim às professoras Valeska Zanello e Gláucia Diniz que em outro departamento fizeram com que me sentisse à vontade para debater e argumentar, além do muito que me ensinaram.

Às minhas colegas do Laboratório *Àgora Psyché* que me permitiram acompanhar suas jornadas e desfrutar da linda amizade que foi construída entre elas ainda antes da minha chegada. Não posso esquecer de Glenda Matias, colega que chegou junto comigo ao programa de mestrado e vivenciou em conjunto diversos desafios; e a Júlia Chagas grande companheira de luta e da vida.

Agradeço também aos amigos que brincam de desmedicalizar a vida no Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e a todos e todas do CRP-01 com quem tive o prazer de conviver a longo prazo ou em breves encontros, sempre repletos de aprendizados.

Agradeço a todos que trabalham na secretaria do PGPDS, que sempre tornaram minha vida mais leve apesar da cansada da burocracia.

A todos os participantes da pesquisa, em especial aos pais de “Caetano” que sempre se mostraram receptivos e disponíveis, e ao próprio Caetano que me autorizou a conhecer seu percurso e um pouco dele mesmo.

Agradeço ao CNPq pelo apoio financeiro, fundamental para experienciar com profundidade e entrega o processo de tornar-me mestranda.

RESUMO

A presente dissertação pretende compreender como se constrói um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e quais seriam as suas consequências. Reconhecendo que um diagnóstico em saúde mental, como o TDAH, é parte de uma *episteme*, buscou-se primeiramente problematizar as bases desse tipo de diagnóstico. Para tanto, definiram-se as concepções de ciência, de ser humano e de infância que levam a uma classificação diagnóstica que estabelece a fronteira entre normalidade e anormalidade de uma criança. No intuito de provocar incertezas, causar desconfortos e desnaturalizar conceitos reviram-se os fundamentos de cada conceito, para o estabelecimento da dúvida e para abrir caminho a novas concepções. Teoricamente, definiu-se a criança como novidade, como potência, que não segue um desenvolvimento linear e determinado; a ciência como uma possibilidade e não como verdade; o conceito de normalidade como arbitrariamente escolhido para nomear aquilo que difere do socialmente aceito e hegemonicamente estabelecido; por fim o diagnóstico como uma construção social e por isso permeada de interesses e disputas de poder. O estabelecimento desses pilares teóricos foi reforçado pela prática encontrada no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), clínica escola da Universidade de Brasília, a partir da leitura de prontuários de atendimentos infantis. Essa leitura constituiu o primeiro momento da pesquisa de campo em que se objetivou escolher o caso de uma criança de até 13 anos de idade, cujo atendimento no CAEP houvesse sido encerrado, entre os anos de 2011 e 2013. Em um segundo momento, para compreender como se deu o processo de tornar-se TDAH da criança escolhida, esta foi entrevistada, bem como sua família e os demais atores envolvidos. O emprego das entrevistas foi uma ferramenta que permitiu levantar os diferentes atores e conhecer as interações entre eles. Já o método empregado: a cartografia, não foi uma ferramenta, mas uma forma de olhar as interações e processos, registrá-los e analisá-los. Cartografar foi colocar em prática a epistemologia defendida no presente trabalho, em que se pretende considerar a complexidade humana. Devido à dimensão do desafio de empreender um estudo do ser humano e suas interações, acrescentou-se à cartografia a análise construtivo-interpretativa com a construção de zonas de sentido. Estas permitiram estabelecer o que acontecia subjetivamente com a criança, e com os diferentes atores do processo de tornar-se TDAH.

Palavras-chave: TDAH; biopolítica; epistemologia; medicalização; cartografia.

ABSTRACT

This study aims to understand how a diagnosis of Attention Deficit Disorder/Hyperactivity Disorder (ADHD) is built and what its consequences would be. Recognizing that a diagnosis of mental health, such as ADHD, is part of an episteme, we first sought to problematize the basis of this type of diagnosis. Therefore, we defined the concepts of science, human being and childhood that lead to diagnostic classification and form the border between normality and abnormality of applied to a child. In order to cause uncertainty, discomfort and to denaturalize concepts we reviewed the bases of each concept for the establishment of the doubt and to make way for new designs. Theoretically, we defined a child as a novelty, a power, which does not follow a linear and determined development; science as a possibility and not as the truth; the concept of normality as arbitrarily chosen in order to name what differs from the socially accepted and hegemonically established; finally diagnosis understood as a social construction, permeated with interests and power struggles. The establishment of these theoretical pillars was reinforced by the practices in the Center for Psychological Care and Studies (In portuguese: Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos - CAEP), clinical school at the University of Brasilia. Found in the reading of its attendance records of children. That reading was the first moment of the field research aiming to choose the case of a child aged of less than 13, whose psychological care at CAEP, had between concluded in the years between 2011 and 2013. In a second moment, to understand the process of becoming ADHD of the chosen child, he and his family were interviewed as well as the other involved actors. The use of the interviews was a tool that enabled us to find out different actors and the interactions between them. Regarding the method we used: the cartography, it is important to say that it was not a tool, but a way of looking at the interactions and processes, also a way of recording and analyzing them. To use cartography was to put into practice the epistemology advocated in this study, which intends to consider human complexity. Due to the large scale of the challenge that represents to undertake a study of the human being with its interactions, we added to the cartography the constructive-interpretative analysis with the construction of meaning zones. These permitted to establish what happened subjectively with the child and the different actors involved in process of becoming ADHD.

Keywords: ADHD; biopolitics; epistemology; medicalization; cartography.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
APRESENTAÇÃO	1
Capítulo 1: O COMEÇO DE UM PROCESSO OU PROCESSO DO COMEÇO	3
Capítulo 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2.1 TORNAR-SE HUMANO NA/DA INFÂNCIA	
2.1.1 O humano objeto	7
2.1.2 Tornar-se criança.....	11
2.1.3 Ser criança na escola	15
2.2 A CONSTRUÇÃO CLÍNICA, HISTÓRICA E CULTURAL DE DIAGNÓSTICOS EM SAÚDE MENTAL	
2.2.1 Processo Histórico.....	17
2.2.2 Desenvolvimento Clínico e Cultural	22
2.2.3 Literatura Atual	28
2.3 MEDICALIZAÇÃO	
2.3.1 Definição de Normalidade.....	30
2.3.2 A criança que transborda.....	35
2.3.3 TDAH – A complexidade de um processo.....	40
Capítulo 3: OBJETIVO	
3.1 GERAL	44
3.2 ESPECÍFICO	44

Capítulo 4: METODOLOGIA

4.1 CARTOGRAFIA	45
4.1.1 Análise Construtivo-Interpretativa e as Zonas de Sentido.....	48
4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
4.3 PREPARAÇÃO DA PESQUISA	
4.3.1 Reflexões ao longo do mestrado	52
4.3.2 Lições importantes	53

Capítulo 5: DESENHO FORMAL

5.1 PRIMEIRA ETAPA	55
5.2 SEGUNDA ETAPA.....	56

Capítulo 6: ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 DESENHO CARTOGRÁFICO	58
6.1.1 Primeira etapa – O CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos).....	59
6.1.2 Segunda etapa – Entrevistas e atores do tornar-se TDAH.....	65
6.2 ZONAS DE SENTIDO.....	91
6.2.1 Zona de sentido: O humano Caetano	92
6.2.2 Zona de sentido: Devir-TDAH de Caetano.....	93
6.2.3. Zona de sentido: O Caetano que transborda do TDAH	94
O DESCOMEÇO DE UM PROCESSO OU O PROCESSO DE UM DESCOMEÇO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	106
Anexo 2: Tabela de registro do levantamento dos prontuários do CAEP	107

Apresentação

Pesquisar qualquer tema ligado à infância é desafiador, pois envolve não apenas a criança, mas, de modo direto ou indireto, os principais contextos e indivíduos que fazem parte de seu cotidiano, como a família e a escola por exemplo. Nesse sentido, a psicologia, ao aprofundar seu estudo do ser humano, criou novos campos de atuação, que se caracterizam pelo seu encontro com outras áreas do conhecimento, como ocorre na psicologia escolar. Segundo Chagas e Pedroza (2013), “a relação entre Educação e Psicologia se constituiu ao longo da história de maneira delicada e muitas vezes problemática” (p.36). Elas ressaltam ainda que:

A psicologia escolar, constituída no bojo dessas complexas relações entre as duas áreas, surge com o objetivo de ressaltar a importância de o psicólogo atuar mais próximo da escola e de se referir a esse contexto específico. Entretanto, a entrada dessa ciência na escola serviu, em um primeiro momento, à seleção e à adaptação dos educandos a um modelo social, reproduzindo na escola a formação de uma sociedade de classes, em um claro compromisso ideológico com a manutenção do *status quo* (Chagas & Pedroza, 2013, p. 36).

Mesmo que a psicologia escolar esteja conseguindo sair desse modo de atuação que constituiu seu início, ainda é possível reconhecer reflexos desse primeiro momento. Um deles é a ligação entre as chamadas dificuldades de aprendizagem e os diagnósticos psicológicos ou psiquiátricos, que colocam na criança a responsabilidade por não aprender. Nesse sentido, uma resposta frequente para as queixas escolares têm sido diagnósticos como o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH), a dislexia e o autismo, entre outros.

Esta dissertação relata uma pesquisa sobre o tema, tomando-o em sua complexidade, por meio de uma abordagem interdisciplinar, a partir da perspectiva da psicologia.

O título do trabalho “Tornar-se TDAH: cartografia de um processo” delimita (ou aponta para) as concepções de “tornar-se” e “cartografia”. Tornar-se é um elemento-chave para a compreensão da maneira como esta pesquisa assume o estudo da construção do objeto TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), significando que essa construção é um processo complexo que se constitui nas dimensões teórica, cultural, social, familiar e pessoal.

Nesse sentido, o rótulo TDAH não dá conta de abranger toda a complexidade que constitui a pessoa taxada por ele, uma vez que ele “congela” a pessoa reduzindo-a a objeto, e não considerando o sujeito em sua singularidade. A expressão “Tornar-se TDAH”, então,

ressalta o significado histórico-cultural do diagnóstico, que ganha um sentido específico no desenvolvimento de cada criança ou pessoa assim diagnosticada. Essa criança “torna-se”, já que não é passiva em seu desenvolvimento.

O trabalho está estruturado em seis capítulos:

O 1º capítulo traça o percurso profissional e acadêmico da pesquisadora que levou-a ao desenvolvimento dessa dissertação de mestrado. O 2º capítulo apresenta os fundamentos teóricos a partir dos quais estruturaram-se a pesquisa e a escrita do presente trabalho. Na interseção entre o percurso pessoal apresentado no capítulo 1 e o conhecimento teórico estruturado no capítulo 2, definem-se os objetivos que constituíram o capítulo 3. Já no 4º capítulo, empreende-se a apresentação e justificativa da metodologia escolhida para a pesquisa. Definida a metodologia, descreve-se, no capítulo 5, o Método: a estrutura e etapas que compuseram o estudo, os participantes e os procedimentos. Desenhada a forma da pesquisa, é possível analisar e interpretar as informações construídas, considerando experiências, falas, percepções e entendimentos, o que constitui o capítulo 6. Por fim, são apresentadas algumas conclusões, reflexões e expectativas.

Capítulo 1

O COMEÇO DE UM PROCESSO OU O PROCESSO DE UM COMEÇO

(Introdução)

Falar em Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) é pensar um diagnóstico que, no Brasil, está sendo dado a número crescente de crianças em idade escolar. Apresenta-se, com frequência, como queixa inicial, alguma dificuldade da criança na escola, seja no quesito ensino/aprendizagem ou outro aspecto comportamental. Como psicóloga, em meu trabalho clínico com crianças e adolescentes, deparei-me com diagnósticos do chamado TDAH. Primeiro chamou-me a atenção a grande quantidade de casos e a facilidade com que se dava tal diagnóstico. Em consulta com o neuropediatra, bastava um encontro com a criança ou adolescente, breve conversa com os pais e pronto: o diagnóstico estava feito, e, na maioria das vezes, a medicação já era prescrita. Apesar do que aprendera na graduação - que não adiantava discutir com médicos, pois eles não ouviam a opinião das psicólogas¹ - tive a ousadia de encaminhar pareceres questionando os neuropediatras de alguns pacientes e me surpreendi com a reação deles. Concordavam com meus pareceres, nos quais afirmava que os resultados dos testes/exames aplicados nos pacientes eram pouco significativos para seus próprios protocolos, além de aquiescerem com minha avaliação clínica contrária ao TDAH, pelo qual a criança já vinha sendo medicada. Continuando o trabalho, foi marcante a facilidade com que esses diagnósticos puderam ser revistos, como se lhes faltasse embasamento. Diante disso, comecei a questionar seriamente o protocolo diagnóstico para o transtorno em questão.

Iniciei uma reflexão sobre formas de se buscarem processos diagnósticos mais bem estruturados e conclusivos. Devido à minha formação em psicodiagnóstico de Rorschach, pensei que associar esse exame a outros testes psicométricos que avaliassem atenção e concentração poderia ser uma solução viável. Nesse sentido, fui ao VI Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, onde pude observar painel de alunos da UnB (Universidade de Brasília) com essa proposta. Assistindo a outras palestras e ouvindo discussões, sobre o uso de testes e ferramentas semelhantes, percebi o grau da

¹ Por uma escolha afirmativa, opta-se pelo uso do feminino sempre que se fizer referência a profissionais formadas ou em formação em psicologia, uma vez que 90% da categoria é formada por mulheres, desde a década de 1980, conforme pesquisa do Conselho Federal de Psicologia (2013).

especificidade do procedimento e me dei conta de que seria muito complexo e ainda não resolveria todos os pontos que me perturbavam em relação ao número expressivo de crianças com TDAH ou suspeita de TDAH. Foi ao longo do semestre de março a setembro de 2012, cursando, como aluna especial, a disciplina Psicologia, Epistemologia e Filosofia, ministrada pelas professoras Lúcia Pulino e Regina Pedroza que compreendí que não era o processo diagnóstico em si que me incomodava. O que perturbava era o fato de o rótulo, de portador do TDAH de uma criança, servir para resolver diversas questões para pais, professores e médicos. Nas leituras, descobri que havia um termo usado em diversos textos, que sintetizava meu incomodo: medicalização. Este pode ser definido, segundo o Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2010), como:

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades (s/n).

Essa visão se alinhava aos textos e discussões da disciplina Psicologia, Epistemologia e Filosofia, onde se debateu a importância de considerar aspectos históricos e culturais na análise de questões sociais e psicológicas. Como em Patto (2007), quando a autora afirma: “Embora recorte o individual ou subjetivo, a Psicologia não pode perder de vista as dimensões históricas, econômicas e políticas”. Assim foi surgindo o tema com o qual queria trabalhar e o desejo de me engajar em um mestrado. O primeiro passo estava dado. Após ingressar no mestrado, aprofundei minhas leituras e assumi o TDAH e a medicalização como temas de estudo. Construindo meu objeto, fui definindo algumas perguntas: Por que a sociedade brasileira precisa diagnosticar suas crianças com TDAH? O que existe na sociedade contemporânea que define um diagnóstico psiquiátrico como a saída mais comum para lidar com crianças “inadequadas”? O que acontece com o sistema de ensino para que tantas crianças sejam tidas como inadequadas? Como se dá essa troca entre escola, profissionais de saúde e família para lidar com uma criança?

Com estas perguntas em mente, iniciei minha jornada cursando as disciplinas Cultura e Desenvolvimento Humano e Tópicos Especiais em Desenvolvimento I, ambas no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Com as leituras e discussões, pude encontrar caminhos que se mostraram prósperos para buscar responder tais questões e pude

também construir novas questões além de encontrar caminhos teóricos para pensá-las. Em Cultura e Desenvolvimento Humano me encontrei com as ideias de Bakhtin dialogando com Vigotski, o que me trouxe muito aprendizado, mas optei por não ir por este caminho. Já na disciplina Tópicos Especiais, a professora Maria Helena Fávero apresentou diversas autoras e autores do feminismo, em especial um artigo de Suzane Bordo e uma edição especial da revista *Feminism & Psychology* sobre psicodiagnósticos. Ambos traçaram novas linhas na definição de meu objeto.

Bordo (1984) traça a masculinização do pensamento, ocidental, ao discutir a construção epistemológica de Descartes. Essa leitura traz pistas para problematizar a minha pergunta sobre a sociedade contemporânea e a construção do conhecimento, ponto já iniciado na disciplina anterior. Por sua vez, o conteúdo da revista em sua edição especial apresenta diferentes artigos com críticas contundentes ao modo hegemonicamente constituído de fazer diagnóstico utilizando manuais psiquiátricos. Questiona desde o modo de elaboração dos manuais até as implicações éticas de se pensar e trabalhar saúde mental a partir de um referencial específico de normalidade. Conversando com minha orientadora, fui organizando as “descobertas” e traçando novos caminhos.

Com esse questionamento de normalidade em mente, vivi três dias intensos de ativismo político e debates acadêmicos em São Paulo no III Seminário Internacional - a Educação Medicalizada *reconhecer e acolher as diferenças*. Grande parte dos trabalhos trazia como referenciais Foucault, Deleuze, Walter Benjamin, Latour entre outros. O maior aprendizado desse evento foi perceber a atualidade do debate (combate a projetos de lei medicalizantes) e a amplitude de seu alcance (participação de movimentos de diversos países), pois ao debater medicalização não estávamos questionando apenas saúde mental, mas toda uma forma de organização social que gera medicalização, patologização e judicialização dos indivíduos e dos modos de vida.

Outros eventos, de que participei, foram destinos importantes na rota do mestrado e fortaleceram os contornos deste objeto de estudo. Como o CONPE – Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional em Uberlândia; o IGALA 8 - *8th International Gender and Language Conference*, em Vancouver no Canadá e o VII Colóquio Internacional de Filosofia da Educação, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Todos esses encontros permitiram fortalecer laços com pesquisadores brasileiros, reforçaram a importância do tema desta pesquisa e apresentaram a outras maneiras de formular questões.

Destaco a importância de ter estado na Universidade de Brasília frequentando aulas, ministrando aulas, pesquisando ou participando de discussões no Laboratório Ágora

*Psyché*², pois assim construí minha identidade de pesquisadora, vivenciei a universidade pública brasileira e tornei-me mestranda.

² Laboratório de Psicologia no Espaço Público e suas Interdisciplinaridades – LABPEP – Ágora Psyché, no Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento (PED), do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB).

Capítulo 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TORNAR-SE HUMANO NA/DA INFÂNCIA

2.1.1 O humano objeto

História de um homem é sempre mal contada. Porque a pessoa é, em todo o tempo, ainda nascente. Ninguém segue uma única vida, todos se multiplicam em diversos e transmutáveis homens.

Agora, quando desembrulho minhas lembranças eu aprendo meus idiomas. Nem assim entendo. Porque enquanto me descubro, eu mesmo me anoiteço, fosse haver coisas visíveis em plena cegueira.

(Mia Couto, 2013)

No intuito de formular novas perguntas para encontrar novas respostas, desejamos questionar o hegemônico, o naturalizado e acreditamos que para isso, é preciso provocar estranhamentos, deslocar olhares, desestabilizar certezas. Retornaremos à filosofia, ponto de partida da psicologia, para repensar paradigmas e epistemologias, a fim de criticar visões hegemônicas que sustentam o humano como objeto de estudo redutível, a criança como um quase adulto e a escola como espaço para se adequar a infância. Partiremos da construção da hegemonia do pensamento científico para compreender a formulação do estudo do ser humano com ferramentas objetivas e cientificamente reconhecidas.

Inicia-se no século XVI, a estruturação da hegemonia do pensamento científico, como descreve Riger (1992):

Os métodos científicos modernos, inventados no século XVI, eram não apenas uma incrível inovação técnica, mas também uma inovação política e moral, substituindo a autoridade sagrada da Igreja pela ciência como o árbitro final da verdade (Grant,1987). Diferentemente do inquérito medieval, a ciência moderna concebe-se como uma busca do conhecimento livre dos valores morais, políticos e sociais (p. 730. Tradução livre).

Em suma, o pensamento científico foi estabelecido como novidade e se impôs em substituição a uma outra forma de pensar naquela época. Assim, é preciso reconhecer que “a produção científica como qualquer produção humana, está situada no tempo e no espaço, ou seja, não é possível dissociar o empreendimento científico dos fatores econômicos,

políticos, sociais e culturais que marcam determinado período histórico, determinada sociedade” (Madureira, 2007, p. 21). Desse modo, iremos buscar pistas no passado que nos permitam vislumbrar o contexto em que o invento do método científico se deu.

Susan Bordo (1986) propõe que olhemos para o momento mesmo em que Descartes, frequentemente chamado de pai da ciência moderna, inicia a construção do seu modelo de pensamento. A autora remonta à série de sonhos tidos por Descartes, os quais teriam revelado a matemática como chave para o entendimento do universo. Bordo afirma que diversos acadêmicos têm percebido certa instabilidade na interpretação de Descartes em relação aos sonhos, que segundo Bordo muitos nomeariam de pesadelos. Cada autor a descreve à sua maneira:

Richard Bernstein fala da grande “ansiedade cartesiana” quanto à possibilidade de caos intelectual e moral; Karsten Harries fala do “pavor do poder de distorção de perspectiva” (cartesiana); Richard Rorty nos lembra que o ideal do século XVII de uma natureza perfeitamente espelhável é uma “tentativa de escapar” da história, da cultura e da finitude humana. Olhando novamente para as meditações de Descartes, não se pode deixar de ficar impressionado com a manifesta ansiedade epistemológica das primeiras Meditações e como encarnam um modo de investigação impreciso: as vacilações vertiginosas, o questionar-se constante, a decisão, ainda que temporária, de manter-se no interior da confusão e da contradição, de favorecer o movimento interior ao invés da clareza e da determinação (Bordo, 1986, p. 440. Tradução livre).

Para Bordo (1986), essa instabilidade pode ser entendida como um reflexo da cultura intelectual da época de Descartes, uma vez que vivia-se a dissolução do sistema intelectual e imaginativo medieval, além de conturbados cem anos: pior crise alimentar da história, pestes, guerras violentas e pobreza devastadora. É nesse contexto que Descartes assume a separação entre sujeito e objeto como um projeto e não como um fundamento dado, como se costuma acreditar na filosofia e ciência modernas (Bordo, 1986).

Reconhecer a separação entre sujeito e objeto como uma escolha e não como algo natural, possibilita questionar todos os passos seguintes na construção do pensamento científico como o concebemos hoje, inclusive a construção dos diagnósticos em saúde mental, entre eles o TDAH. Um desses passos é o nascimento das ciências humanas entendido como um processo natural, em que se aceita aplicar aos fenômenos sociais e aos seres humanos a mesma metodologia adotada pelas ciências naturais, utilizando uma concepção mecanicista pautada pela observação, experimentação e universalização.

Princípios que servem de base para a formação de diagnósticos que permitem definir o normal e o patológico a partir de conceitos universais e características observáveis.

Segundo Foucault (1999), esse caminho natural é construído por um modo específico de se fazer história (bastante corrente), o qual propõe que as ciências humanas “já se encontrariam, de alguma forma, como promessa, como possibilidade, na aurora de nossa civilização” (Ternes, 2004, p. 200). No entanto, “essas *histórias* estranhas que concebem o conhecimento humano como um processo contínuo, simples acúmulo de informações a respeito de uma *realidade pré-existente* (...) não percebem que há uma história do pensamento e que as diferenças são, fundamentalmente, diferenças de pensamento.” (Ternes, 2004, p. 200).

Essa visão de Foucault é favorecida pelo uso, do que ele nomeou de arqueologia em oposição ao modo tradicional de se estudar a história e seus acontecimentos. Foucault (2011c) esclarece:

Por arqueologia, eu queria designar não exatamente uma disciplina, mas um domínio de pesquisa que seria o seguinte: numa sociedade, os conhecimentos, as ideias filosóficas, as opiniões cotidianas, mas também as instituições, as práticas comerciais e policiais, os costumes, tudo remete a um certo saber implícito, próprio a essa sociedade. Esse saber é profundamente diferente dos conhecimentos que podemos encontrar nos livros científicos, nas teorias filosóficas, nas justificativas religiosas, embora seja ele que torne possível, num dado momento, a aparição de uma teoria, de uma opinião, de uma prática (Foucault, 2011c. p.138).

Esse domínio de pesquisa criado por Foucault lhe possibilitou fazer perguntas inéditas, abrindo novos campos de interrogação e de investigação. Ele pôde questionar inclusive o saber acadêmico a partir de suas bases, sem todavia precisar invalidá-lo. Gadelha (2013), toca no âmago dessa questão ao discutir como, no início dos anos 1970, discursos filosóficos e científicos foram colocados sob suspeição por considerarem-se neutros, desinteressados pelo poder, verdadeiros e fiéis reveladores da realidade, críticos e revolucionários. Ele revela que “com efeito ao proceder dessa forma, com esse *desejo de verdade*, não se davam conta de que sua pretensão tropeçava justamente no fato de não questionarem [...] o desejo de poder que animava essa pretensão à cientificidade” (Gadelha, 2013. p. 24. Grifo do autor). Ele afirma ainda que, frente aos dilemas evocados por essa ambição, Foucault (2010), propõe as seguintes questões:

Quais tipos de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem ser esse saber uma ciência? Qual sujeito falante, qual sujeito discorrente, qual sujeito de experiência e de saber vocês querem minimizar quando dizem: “eu, que faço esse discurso, faço um discurso científico e sou cientista”? Qual vanguarda teórica-política vocês querem entronizar, para destaca-la de todas as formas maciças, circulantes e descontínuas de saber? (p. 15).

Essas questões foucaultianas deverão ser feitas em relação ao diagnóstico de TDAH se desejarmos compreender o solo que lhe permitiu proliferar e crescer. Elas nos remetem à discussão de Kuhn (1990) em *A estrutura das revoluções científicas*, em que discute a história da ciência, propondo que o caminho da ciência normal³ segue um fluxo peculiar determinado por acordos dentro das comunidades científicas. O autor afirma que a ciência normal desorienta-se, seguidamente, por uma série de motivos e quando os cientistas “não podem mais esquivar-se das anomalias que subvertem a tradição existente da prática científica — então começam as investigações extraordinárias, que finalmente conduzem a profissão a um novo conjunto de compromissos, a uma nova base para a prática da ciência” (Kuhn, 1990, p. 25). Os episódios extraordinários, nos quais há a alteração dos compromissos profissionais são nomeados de revoluções científicas e frequentemente “produzem uma alteração nos problemas à disposição do escrutínio científico e nos padrões pelos quais a profissão determinava o que deveria ser considerado como um problema ou como uma solução de problema legítimo” (Kuhn, 1990, p. 25). Ou seja, ele reconhece haver no pensamento científico, para além dos resultados de pesquisa e suas interpretações, uma espécie de acordo de cavalheiros, no qual certos discursos são validados, certas visões de mundo são aceitas.

Tanto Kuhn como Foucault assumem que o que é legitimado ao longo da história das ciências não é a verdade, como garantia Descartes. Trata-se, como afirmou Bordo, de um projeto, de uma escolha, não um descortinar da realidade. Nesse sentido, no caminho escolhido por Foucault ao construir sua arqueologia e buscar possibilidades de *epistemes*, interrogando o solo a partir do qual certos discursos podem aflorar, determinadas coisas podem ser ditas, e outras, não (Ternes, 2004). Parece um percurso válido para compreender

³ “Neste ensaio, ciência normal” significa a pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas” (Kuhn, 1990, p. 29).

os acordos de cavalheiros que estabeleceram o pensamento científico nos moldes atuais. Especialmente, nos ajuda a pensar a definição de normal e de patológico.

Sobre essa compreensão da ciência considerando o solo do nascimento das ciências humanas Foucault (1999) afirma:

As ciências humanas não são uma análise do que o homem é por natureza; são antes uma análise que se estende entre o que o homem é em sua positividade (ser que vive, trabalha, fala) e o que permite a esse mesmo ser saber (ou buscar saber) o que é a vida, em que consistem a essência do trabalho e suas leis, e de que modo ele pode falar. [...] É por isso que o específico das ciências humanas não é o direcionamento a certo conteúdo (esse objeto singular que é o ser humano); é muito mais um caráter puramente formal: o simples fato de estarem, em relação às ciências em que o ser [pág. 489] humano é dado como objeto (exclusivo para a economia e a filologia, ou parcial para a biologia), numa posição de reduplicação (pp. 488 e 489).

Essa reduplicação torna desafiador ter o ser humano como objeto. A ciência positivista ao considerar o ser humano como objeto das ciências humanas passa a perceber aspectos que transbordam seus métodos e trazem a eminência de uma revolução científica constantemente contornada. A partir daí, reconhecemos que é preciso expandir o objeto das ciências humanas. Sendo assim, faz-se necessário compreender que o objeto das ciências humanas deve ser tudo aquilo que se relaciona ao humano, tudo que o torna humano.

2.1.2 Tornar-se criança

- *Eu não quero mais ser criança.*

- *Como assim?*

- *Quero envelhecer rápido, pai. Ficar mais velho que o senhor.*

Que valia ser criança se lhe faltava a infância? Este mundo não estava para meninices. Porque nos fazem com esta idade, tão pequenos, se a vida aparece sempre adiada para outras idades, outras vidas? Deviam-nos fazer já graúdos, ensinados a sonhar com conta medida. Mesmo o pai passava a vida louvando a sua infância, seu tempo de maravilhas. Se foi para lhe roubar a fonte deste tempo, porque razão o deixaram beber dessa água?

(Mia Couto, 2013)

Pensar o que nos torna humanos é uma questão antiga e, de acordo com o pensamento de cada época, obteve diferentes possibilidades de resposta e de caminhos para

obtê-las. Dois caminhos que se delinearam ao longo do tempo e permanecem na atualidade são oferecidos pela filosofia e pela ciência. Caminhos que não são opostos, mas que se inscrevem sobre solos distintos. Em nossa busca por sair do hegemônico, somos levados a caminhos mais próximos de Foucault e mais distantes de uma visão evolutiva de desenvolvimento, não numa perspectiva linear teleológica, mas como um processo sem fim - o devir humano. Como descrevem Deleuze e Guattari (2012):

Um devir não tem sujeito distinto de si mesmo; mas também como ele não tem termo, porque seu termo por sua vez só existe tomado num outro devir do qual ele é o sujeito, e coexiste, que faz bloco com o primeiro. É o princípio de uma realidade própria ao devir (a ideia bergsoniana de uma coexistência de “durações” muito diferentes, superiores ou inferiores à “nossa”, e todas comunicantes). Enfim, devir não é uma evolução, ao menos uma evolução por dependência ou filiação (p. 19).

Nesse sentido, nossa escolha de estudar o *tornar-se TDAH*, corresponde ao desejo de analisar uma forma de ser/devir humano específica e própria deste momento histórico, que concebe o humano de um modo próprio, podendo designar-lhe normalidades e anormalidades. No caso do diagnóstico de TDAH, trata-se de definir anormalidades no momento primeiro da constituição de si, pois nos dirá Larrosa (2000):

Só lendo (ou escutando), como aconteceu com Jean Jacques [Rousseau] em relação a Plutarco, alguém se faz consciente de si mesmo. Só escrevendo (ou falando), como fez Rousseau nas *Confissões*, alguém pode fabricar um eu. Mas nosso personagem aprendeu que ler e escrever (escutar e falar) é colocar-se em movimento, é sair sempre para além de si mesmo, é manter sempre aberta a interrogação acerca do que se é (p. 39).

Tem sido no momento da alfabetização, dos primeiros contatos com a escrita, que a maioria dos diagnósticos de TDAH são definidos. Apontam esse colocar-se em movimento como atividade excessiva (Hiper) e a interrogação acerca do que se é como falta (Déficit) necessitando de uma correção para evoluir e não para devir. Para entender esse diagnóstico que incide sobre o humano que está em um momento peculiar de sua constituição subjetiva, social, cultural, política e familiar, nos interessa definir qual concepção de infância assumimos neste estudo. Além de, quais concepções de um infantil hegemônico estamos negando.

Assim como Costa (2011), assumimos a perspectiva “de que o que se diz sobre as crianças e as infâncias é constantemente reinventado, sem que necessariamente tudo seja

substituído” (p. s/n), nesse sentido reconhecemos que os discursos e conceitos sobre a infância e a criança variam de acordo com o momento histórico, a cultura local e o contexto social, político e econômico. Reconhecemos as contribuições de Philippe Ariès (1981), sendo ele um historiador pioneiro no estudo da infância, com sua pesquisa historiográfica. Ariès, narra como o sentimento de infância foi se construindo na Europa do século XII ao XVIII. Por meio da análise de retratos pintados no período, ele descreve “uma infância invisível, que derivou para uma infância controlada, passando da indiferença a objeto de ‘diversão’ e da diversão para o ‘enclausuramento’, em nome de uma suposta proteção” (Motta e Silva, 2011. p. 38/39).

Ariès, assim como Foucault traça uma nova forma de olhar para a história. No entanto, aqui, a novidade são os personagens centrais dessa narrativa. Como esclarece Moura (2007), ao longo da década de 1970, os historiadores buscavam novos caminhos e viram-se conduzidos ao universo infantil, encaminhados pela História da Família e da Mulher. A autora ainda propõe que o despertar dos historiadores para o tema infância se deu após o manifesto interesse de outros campos de estudos, como a Sociologia, a Medicina, o Serviço Social, a Antropologia, o Direito e a Pedagogia. Naquele momento, a visão hegemônica sobre a infância, tanto desses diferentes campos de estudos como da própria história, formava-se a partir de referenciais do universo adulto.

Nesse sentido Motta e Silva (2011) apresentam a discussão de Moisés Kuhlmann Jr. (2001) como um outro olhar possível, uma vez que Kuhlman Jr. questiona a ideia de Ariès da inexistência de um sentimento de infância, anteriormente ou mesmo durante a Idade Média, citando o trabalho de outros historiadores, com fatos divergentes. Ele ainda lhe faz severas críticas quanto à parcialidade da narrativa histórica que considera os relatos dos vencedores, dos meninos ricos. Especialmente, pela escolha das fontes, pois as classes sociais que tinham condições de serem retratadas eram o clero e a nobreza.

Percebemos que independentemente do campo de estudo há sempre a possibilidade de um outro entendimento possível. No entanto, até o momento podemos reconhecer que há um consenso entre os autores: o conceito de infância foi construído/inventado e se modificou ao longo da história. O que nos leva a pensar que o entendimento que temos, sobre a infância e a criança hoje, não é definitivo, nem único. Por reconhecer que os conceitos estão ligados a uma epistemologia, nossa concepção de infância buscará

descolar-se de concepções que se alinham à visão de criança como subalterna ou inacabada, como retratam Àries e diversos autores dos mais diferentes campos de estudo.

Nosso alinhamento será com a potência, com a possibilidade, com a invenção e com o belo. Escolha fortalecida tanto pelos autores de referência como pelas dissertações de colegas de laboratório (*Laboratório Ágora Psychê*); Campos (2014) nos aponta um caminho:

Agamben (2005) se apropria do sentido etimológico da infância para falar da experiência e da linguagem. Partindo da etimologia da palavra, em que a infância é não fala, o autor entende que a criança lida com o mundo de uma outra maneira, buscando os limites da linguagem na própria experiência da linguagem. A infância é, dessa forma, um novo lugar para a experiência, e, por isso mesmo, é pura potência. É, assim, a possibilidade de criação da cultura e da humanidade por meio da novidade que a infância imprime no mundo (p.8).

Campos contrapõe esta ideia de Agamben à tradicional visão que entende essa não fala como falta, como negação, por aquilo a criança não faz ou não é. Algo que não condiz com a visão que nos apresenta Pulino (2001):

De certa forma essa vida já estava sendo desenhada, antes mesmo do nascimento. Existia enquanto possibilidade. E já havia, para ela, uma promessa: o que uma tal sociedade, num certo tempo histórico, num certo lugar do mundo, reserva para seus futuros membros. (...) Essa promessa, ou história possível é a primeira identidade da criança, ainda difusa, até por que não designada especificamente para uma determinada criança, mas importante o suficiente para dar contornos esperáveis de sua imagem (p.30).

Nessa reflexão, Pulino nos mostra que antes mesmo do nascimento, a criança é. Pode-se afirmar que esse primeiro desenho da criança futura já é um agenciamento de seu devir-humano, pois nos dirão Deleuze e Guattari (2012):

Vemo-nos tomados de devir entre os quais podemos estabelecer uma espécie de ordem ou de progressão aparente: devir-mulher, devir-criança; devir-animal, vegetal ou mineral; devires moleculares de toda espécie, devires-particulares. Fibras levam de uns aos outros, transformam uns nos outros, atravessam suas portas e limiares (p.66).

Ou seja, em Pulino podemos reconhecer um devir-criança, que não será obrigatoriamente, devir esta criança da expectativa familiar ou social, mas seu devir-criança será atravessado por este e por outros devires-particulares.

2.1.3 Ser criança na escola

Isidorangela era o nome da obesa moça. Nome gordo, ao travar da pena. Na rua, na escola, ela era motivo de riso. E havia razão para chacotear: a miúda sobrava de si mesma, pernas rasas arrastando-se em passitos redondos e estofados.

(Mia Couto, 2013)

Pensar a infância no Brasil é pensar pelo menos dois cenários distintos, pois como propõem as autoras Machado, Lara e Lucas (2007), já no final do século XIX e início do XX, quando Rui Barbosa defendia a implementação dos jardins de infância, “existiam dois tipos bem definidos de criança: a pobre, que devia ser assistida pelo Estado, e a rica, que tinha família burguesa, abastada e cuidava de seus interesses”. (p.212).

Discutindo a escola pública e seu início no Brasil, Luengo (2010) afirma que:

No Brasil, a história da educação começa a delinear contornos próprios e significativos entre o final do século XIX e o início do século XX, influenciada ainda pelos resíduos europeus de uma educação voltada aos cuidados médico-assistencialistas que, marcada pelo período pós-Primeira Guerra, teve como grande preocupação iniciar programas que atendessem também aos órfãos, com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil (p. 23).

No Brasil esses órfãos existiam, não em função da guerra que acontecia no velho continente, mas em decorrência principalmente de relacionamentos que não eram socialmente aceitos e acabavam gerando crianças indesejadas. Além do cenário desenhado a partir do grande número de órfãos que precisavam ser abrigados e cuidados, mas acabavam muitas vezes nas ruas, o Brasil vivia também nesse período, o fim da escravidão com uma série de peculiaridades e desdobramentos. Os idealizadores da Lei do Ventre Livre em 1871 descrevem como objetivo desta lei:

Conciliar o interesse econômico com os princípios liberais e humanitários do abolicionismo do século XIX: respeitar os direitos de propriedade e indenização dos senhores, não desfaltar a mão-de-obra da lavoura, *civilizar* o Brasil, libertar os escravos e reconhecer seus direitos naturais e individuais (Médici, 2007, p. 50).

Resposta às pressões internacionais e mobilizações no interior do país. Desejava-se emancipar gradualmente os escravos a fim de abolir a escravidão lentamente, evitando-se

riscos econômicos e convulsões sociais, caso houvesse a liberdade imediata e simultânea de toda a população servil (Medici, 2007). Ao adotar a libertação do ventre da escrava, alcançava-se o objetivo de um fim natural, gradual e espontâneo da escravidão. No entanto, essa primeira medida iniciou uma disputa entre fazendeiros e abolicionistas, que geraria decretos e leis. Ora visando a abolição, ora garantindo os interesses econômicos dos fazendeiros, ou seja, ora pensando na criança que com 8 anos deixaria de ser responsabilidade do fazendeiro, ora no fazendeiro que assumiria os custos de uma criança “livre” sem qualquer vantagem. Entre idas e vindas essa disputa teve fim com a abolição da escravidão em 1888, sem clara determinação em relação aos ingênuos (criança fruto da Lei do Ventre Livre) que ainda não eram adultos para as leis da época. Medici (2007) esclarece que:

Com a emancipação geral, acabaram as diferenças legais entre escravos, libertos, ingênuos e homens livres, e todos disputaram nas mesmas condições, os empregos assalariados, entre si e também com os europeus. Na visão dos políticos e lavradores, a condição essencial para que os menores filhos de escravas vencessem esta concorrência seria sua educação moral e profissional, que corrigisse os vícios do cativo e preparasse o ingênuo para o trabalho livre. Se para a elite brasileira a geração atual já estava corrompida, que a mão-de-obra futura fosse adequadamente preparada, cortando-se o mal pela raiz, viabilizando-se, assim, a passagem do regime escravo para o livre (p. 69/70).

Tendo sido definidas as duas grandes questões em relação à infância pobre no Brasil e algumas das ideias relacionadas aos órfãos (bastardos) e aos ex-escravos (ingênuos e libertos), no final do século XIX, é possível compreender melhor a ideia de que no Brasil não havia “um projeto nacional visando a educação dessas crianças, mas leis que buscavam *proteger* a infância com o intuito de evitar uma desordem social” (Machado, Lara e Lucas, 2007. p. 212). Isso porque, nesse momento histórico prevalecia o pressuposto de que promiscuidade e pobreza andavam juntas e causavam a desordem social (Luengo, 2010). Com o fim da escravidão o número de pobres e pessoas nas ruas cresceu e propostas de intervenção do Estado começam a surgir e fortaleceu-se a ideia de que “ao proteger a criança, defendia-se o país do crime e da desordem. Portanto: *salvar a criança era salvar o país*” (Machado, Lara e Lucas, 2007. p.216).

Define-se a escola como meio de intervenção para combater a desordem social, sendo criada para atender mestiços e degenerados socialmente, dispondo do pensamento higienista para embasar técnica de adestramento. Os higienistas acreditavam que:

Se o controle do corpo fosse feito desde a infância, as condutas na fase adulta já estariam condizentes com o ideal desejado, segundo as normas higiênicas, isto é, uma criança bem fiscalizada seria o perfeito adulto higiênico (Luengo, 2010. p. 30).

Com a chegada da república, aumentaram os discursos apontando a necessidade de desenvolver e civilizar o Brasil e mais uma vez a escola foi a ferramenta escolhida. “Com a necessidade da alfabetização e da entrada do homem no mundo da razão, a escola passou a ser espaço primordial da infância” (Luengo, 2010. p. 31). Essa autora descreve que com o aumento das escolas, as práticas médicas higienistas se fortalecem, chegando ao poder público e alcançando seu alvo principal: as famílias, tanto pobres quanto ricas. Acabavam por descobrir no saber higiênico a prova de sua incompetência. Luengo encontra marcos que mostram que é nesse momento que se estabelece, a partir de um comportamento ideal, a crença de que todo e qualquer indivíduo que não obedecesse às normas era considerado fora do padrão desejado. Ela afirma que as famílias passaram a ser moldadas segundo um código médico e as casas converteram-se em locais de constante vigilância, de saúde, de controle de doenças e de militância moral.

Aqueles parâmetros não se distanciavam muito do contexto atual nas escolas públicas e particulares, se pensarmos na interferência da medicina e da psicologia (em especial do desenvolvimento) em seu interior. Limitam-se as possibilidades de ser criança na escola, as infâncias estão demarcadas por parâmetros de saúde que indicam a adequação ou inadequação da criança e de sua família. Não serão práticas higienistas que cuidarão de adequar a criança e seus comportamentos, mas mecanismos mais sutis propostos por manuais de saúde mental e técnicas de contenção menos explícitas, como o uso de medicação.

2.2 A CONSTRUÇÃO CLÍNICA HISTÓRICA E CULTURAL DE DIAGNÓSTICOS EM SAÚDE MENTAL

2.2.1 Processo Histórico

A mãe conduziu a criança ao hospital. O doutor lhe mergulhou o ouvido no peito e se ensurdeceu de tanto coração. O menino tinha o pulsar à flor da pele. O médico parecia entusiasmado com o inédito do caso.

-Necessitamos que ele fique, para mais exames...

- Nem pensar, Esse menino entrou comigo, há de sair comigo.

- Mas a senhora nem faz ideia... temos que encontrar um nome para a doença dele.

- Como um nome?

- Essa doença: eu tenho que lhe encontrar um nome!

- Mas esse nome, será que esse nome vai curar a doença dele?

(Mia Couto, 2013)

Para compreender como a medicina atua em nossa sociedade e a amplitude de seu poder, partiremos de um de seus conceitos base, a doença. Para problematizar o conceito de doença, oferecido especificamente pela medicina, buscaremos refletir sobre sua construção. Partindo do entendimento de que esse conceito de doença é um construto científico, podemos afirmar que se entendemos que a ciência é uma construção social, logo a concepção científica de doença também o será.

Afirmações como a colocada acima podem causar estranhamento, pois parecem retirar o caráter puramente científico da concepção de doença, ligado à medicina, o que abala a convicção reconfortante de que a medicina atua em prol da saúde e oferece conceitos imparciais e universais. No entanto, se reconhecermos o caráter de construção social, teremos que aceitar que os conceitos da medicina, como o de doença, não são estritamente objetivos e sofrem influência e interferência das forças que atuam no tecido social ligadas à cultura, à economia e à política.

Como visto no item anterior, em seu percurso histórico, a medicina apresentou soluções para questões sociais, interferindo no modo de vida individual, como foi o caso do pensamento higienista que resolveu a questão da desordem social, do início do século XX, pelo adestramento individual. Neste item, nos interessa compreender os mecanismos atuais da medicina, que levaram à construção clínica, histórica e cultural do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade. Para isso, iremos traçar o percurso histórico da construção dos transtornos psiquiátricos, categoria de doenças onde se encontra o TDAH, e buscaremos acompanhar seu desenvolvimento clínico e cultural, além do modo como é retratado na literatura atual.

No intuito de compreender a relação dos transtornos mentais e sua vinculação com o contexto social, Harper (2013) dedica-se ao estudo da função social e dos interesses

institucionais atendidos pelo diagnóstico e finda por concluir que o diagnóstico apresenta como principal função o controle social, que garante poder e determina modos de se estar em sociedade.

A ampliação dessa capacidade de controle está ligada ao biopoder (Foucault, 1974 - 1976), que pode ser entendido, segundo Untoiglich (2013), como “o poder que dirige a vida, administrando-a e adequando-a à normalidade socialmente estabelecida” (p. 120). Reconhecemos que essa definição pode ser um tanto simplista, mas nos basta nesta etapa de nossa discussão. Untoiglich (2013) propõe ainda que:

Cada época constrói suas próprias coordenadas sobre o saudável e o doente, o normal e o patológico e oferece um menu fechado de características nosológicas para se incluir. [...] nenhuma classificação é considerada natural e (...) os pressupostos dados observáveis de nenhum modo representam leituras objetivas da realidade, já que se encontram atravessadas por interpretações que se apoiam em saberes e experiências prévias que remetem tanto a questões científicas como ideológicas, políticas, econômicas, entre outras (p. 119).

A autora sugere desnaturalizar os diagnósticos e olhá-los com desconfiança, como temos feito em relação a outros conceitos nos itens anteriores deste capítulo. Tal desconfiança permite ver por exemplo, que a construção de um manual (ou menu) de diagnósticos como o DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (do inglês - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) apresenta uma diversidade de interesses e questões ideológicas, políticas, econômicas e científicas por trás de suas formulações e descrições. Especialmente se considerarmos seu crescente poder, como descreve Frances (2013):

Até 1980, os DSMs eram merecidamente um pequeno livro obscuro que ninguém se importava muito em ler. Após o DSM-III entrar em cena – um livro enorme que rapidamente se tornou um ícone cultural, um *best seller* permanente e objeto de indevida veneração, como a “bíblia” da psiquiatria, o DSM vem ganhando um enorme significado social e determina todo tipo de questões importantes, com enorme impacto na vida das pessoas (...), por definir os limites cruciais entre normalidade e doença mental (p. XII. Tradução livre).

Cabe dizer que o autor do fragmento é Allen Frances, psiquiatra americano envolvido diretamente na confecção de alguns DSMs. Em função de sua atuação profissional, faz sentido que considere crucial a definição dos limites entre normalidade e doença mental. Isso é condizente com a carreira de Frances, pois como demonstra Harper

(2013) em sua busca por comprovar o caráter de controle social dos diagnósticos psiquiátricos, o principal beneficiado pelos DSMs é a própria psiquiatria. Em outras palavras, ainda que Frances faça críticas ao DSM, ele ainda defende os princípios norteadores da psiquiatria. Harper (2013) afirma que além de a própria psiquiatria ser o principal beneficiado pelo fortalecimento dos diagnósticos, não é a única área do conhecimento institucionalmente legitimada por eles. De tal modo que:

O diagnóstico institucionalizou-se – o planejamento, financiamento e organização dos serviços é determinado pelo sistema diagnóstico. Os seguros de saúde exigem diagnósticos para liberar recursos. Até mesmo nos serviços de saúde pública há frequentemente a exigência de diagnósticos para fins administrativos, assim como nos novos sistemas de cadastro eletrônico na área de saúde. Na academia, os organismos financiadores e as publicações científicas continuam partindo do pressuposto de que as categorias diagnósticas em psiquiatria são confiáveis e válidas, assim sendo, aqueles que buscam conduzir e publicar pesquisas em periódicos de alto impacto continuam a empregar o diagnóstico (Harper, 2013. p. 79. Tradução livre).

Harper se refere à realidade do Reino Unido, mas no Brasil, a situação é similar, os planos de saúde exigem, não apenas um diagnóstico a partir do DSM, mas principalmente um número da CID – Classificação Internacional de Doenças – para validar qualquer procedimento⁴. Assim como no Reino Unido, nossa saúde pública está de modo geral organizada em torno do diagnóstico, ainda que se apresentem movimentos e práticas divergentes.

Um exemplo da força do diagnóstico, nas políticas públicas brasileiras, pode ser visto na estratégia de matrícula empregada pela Secretaria de Educação do Distrito Federal, a qual exige um diagnóstico médico para definir o direito de acesso à turma com número reduzido de crianças em escolas públicas. Assim, para ter acesso a um direito é preciso comprovar um distúrbio, é preciso estar fora da norma. Procedimento que tem levado pais e responsáveis por crianças a buscar profissionais da saúde para garantir a aprendizagem de suas crianças, considerando que as turmas comuns são superlotadas e as turmas

4

Em relação aos sistemas classificatórios (CID e DSM) existem mais semelhanças do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o TDAH, embora utilizem nomenclaturas diferentes - transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no DSM-IV e transtornos hiper-cinéticos na CID-10 (Rohde, Barbosa, Tramontina e Polanczyk, 2000).

reduzidas, em suas concepções, possibilitam uma atenção individualizada efetiva a cada criança. Deste modo, há um contínuo processo de encaminhamentos da rede de educação pública para os serviços de saúde pública e particular.

O diagnóstico de maior destaque nessa política de governo é o TDAH, que tem se definido como o rótulo mais comum entre crianças escolarizadas. Como mostra o boletim farmacoepidemiológico produzido pela ANVISA:

O TDAH é um dos transtornos neurológicos do comportamento mais comum da infância que afeta 8 a 12% das crianças no mundo, sendo o motivo mais frequente de consulta em saúde mental envolvendo esses pacientes (Biederman e Faraone, 2005; Soutullo-Esperon e Diez-Suárez, 2007). (...) Estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes bastante discordantes foram encontradas no Brasil, com valores de 0,9% a 26,8% (Polanczy, 2008) (ANVISA, 2012, p.1).

Esses dados são compilações de publicações nacionais e internacionais e são apresentados na abertura do boletim, que tem como objetivo a gestão de risco do uso do metilfenidato (medicação de primeira escolha para o tratamento do TDAH), através dos dados de prescrição e consumo desta droga. No boletim, são apresentados gráficos referentes ao consumo e prescrição do metilfenidato seguidos de descrição e análise. Destaca-se a informação de que no Brasil 92% das vendas dessa droga são asseguradas a um mesmo laboratório. Diante do reconhecimento do aumento do consumo da droga no Brasil e de uma clara tendência de que deve continuar crescendo, o boletim alerta para o mau uso do metilfenidato comentando seu uso como “droga da obediência” e afirma:

Na verdade, o medicamento deve funcionar como um adjuvante no estabelecimento do equilíbrio comportamental do indivíduo, aliado a outras medidas, como educacionais, sociais e psicológicas. Nesse sentido, recomenda-se proporcionar educação pública para diferentes segmentos da sociedade sem discursos morais e sem atitudes punitivas, cuja principal finalidade seja de contribuir com o desenvolvimento e a demonstração de alternativas práticas ao uso de medicamentos (ANVISA, 2012, p. 13, referindo-se a Universidade de Navarra, 2002).

A relação entre educação e consumo de metilfenidato que fecha o boletim, trazido acima, sugere que a escola precisa estar atenta à situação do grande número de prescrições de metilfenidato e que pode modificar este cenário a partir de uma redefinição de suas práticas. Linha de pensamento interessante e que sugere que o modo de funcionamento da escola pode ter responsabilidade sobre o atual cenário de diagnóstico. No intuito de melhor

entender a construção do diagnóstico desse transtorno que se encaixa tão adequadamente na demanda de um modelo de escola específico, buscaremos mapear o percurso clínico e cultural do TDAH.

2.2.2 Desenvolvimento Clínico e Cultural

Nós lhe víamos vagueando nos passeios, com seus passinhos curtos, quase juntos. Nos jardins, ela se entretinha: falava com as estátuas. Das doenças que sofria essa era a pior. Tudo o resto que ela fazia eram coisas de silêncio escondido, ninguém via nem ouvia. Mas palavrear com estátuas, isso não, ninguém podia aceitar. Porque a alma que ela punha nessas conversas chegava mesmo a assustar.

(Mia Couto, 2013)

Um diagnóstico psiquiátrico como é o caso do TDAH existe para definir um tipo de doença, que, como a maioria, está relacionada a uma inadequação, mas diferentemente do que ocorre na maior parte das especialidades médicas, apresenta não estar ligada a questões físicas. Os diagnósticos psiquiátricos, para a medicina, estão ligados a falhas ou mau funcionamento do cérebro, no entanto raros são comprováveis por imagens ou testes, ou atribuíveis a deformações no cérebro. Como bem descreve o psiquiatra Allen Frances (2013):

Nós ainda não temos um único teste de laboratório em psiquiatria. Isto porque sempre existe mais variabilidade nos resultados entre as categorias de transtornos mentais e o normal ou em relação a outros transtornos mentais. Nenhum dos promissores achados biológicos qualificou-se como teste diagnóstico. O cérebro não tem nos oferecido resultados fáceis - milhares de estudos em centenas de supostos marcadores biológicos não tem até o momento resultado em nada. (...) A falta de testes biológicos é uma grande desvantagem para a psiquiatria, pois significa que todos os nossos diagnósticos estão atualmente baseados em julgamentos subjetivos que são inerentemente falíveis e estão à mercê de caprichosas mudanças (p. 11/12. Tradução livre).

De forma clara, o autor admite que as doenças psiquiátricas são definidas sem o cumprimento dos parâmetros científicos em medicina, tese exaustivamente empregada por diversos autores que questionam a validade do diagnóstico de TDAH [Allen Francis (2013); Cruz (2011); Souza (2011); Tesser e Poli (2011); Untoiglich (2013 e 2014)] e inclusive sugerem sua inexistência [Moysés e Collares (2011 e 2014)]. Todavia, como vem sendo mostrado ao longo desta fundamentação teórica, nas ciências modernas são muitos os

casos de hipóteses, teses e diagnósticos estruturados a partir de acordos de cavalheiros, atitude controversa, mas insuficiente para invalidar exclusivamente a definição das doenças psiquiátricas, por isso para nós este argumento é válido, mas não é o cerne da questão.

Entendemos que o não cumprimento dos parâmetros científicos para a criação das doenças psiquiátricas é uma evidência de que estamos diante do humano objeto, que expõe a ineficácia dos métodos da ciência cartesiana. Método que seria adequado para o mundo moderno proposto por Descartes, mas inadequado para a realidade em que vivemos que além de não ser plenamente objetiva, apresenta pesquisadores e objetos humanos, marcados pela complexidade e pela subjetividade.

A humanidade que transborda da objetividade científica aponta para a necessidade de uma revisão, não apenas dos métodos, mas da epistemologia que os sustenta. A revisão de uma epistemologia é um desafio dos mais complexos, pois além de desconstruir toda uma visão de mundo é preciso construir uma nova, que nesse caso deveria comportar a complexidade humana, tarefa imensurável. Mesmo assim, há indícios de uma desconstrução contra hegemônica acontecendo de modo gradual, a partir de produções como as de Foucault, Deleuze, Guattari, Latour e Kastrup, por exemplo. Nesse contexto, assumiremos o desafio de delinear os contornos e limites da epistemologia que rege a definição das doenças psiquiátricas e de seus manuais, para que possamos acrescentar nossa contribuição. Mesmo compreendendo que pensar uma nova epistemologia é um exercício suficientemente complexo para o contexto desta monografia e para este momento de nossa formação, dentro do possível iremos apontar o que consideramos pistas de novos entendimentos de mundo que admitam a complexidade e subjetividade humanas.

É nesse sentido que desejamos problematizar o diagnóstico de TDAH como um ícone das doenças psiquiátricas de nossa época, reconhecendo suas mais variadas funções, visíveis: no tecido social, na micropolítica da escola, na organização familiar, na construção da subjetividade da criança, entre outros. Estas funções, outras impensadas e seus desdobramentos são parte do que se pretende investigar nesta pesquisa.

Antes porém, continuaremos a analisar a construção do DSM, por meio da discussão proposta por Allen Frances sobre a questão da normalidade e da inflação diagnóstica. Fato é que Frances e seus pares, mais uma vez, escolhem não questionar o método ou a epistemologia, que sustentam a definição de doença em psiquiatria, optam por

definir mediante acordos científicos de cavalheiros (ou de cavalheiros científicos) aquilo que será validado, reconhecido e legitimado. O próprio Frances (2013), mais adiante, afirma que ainda não se tem comprovações, mas propõe caminhos pelos quais serão obtidas as primeiras verificações, em um curto espaço de tempo, uma espécie de garantia para que não se perca a fé nessa epistemologia e em seus métodos.

É curioso perceber que o caminho argumentativo percorrido por Frances em relação ao diagnóstico dos transtornos e doenças psiquiátricas o acompanha ao longo de todo seu livro *Saving normal* (Salvando o normal ou Salvando a norma, em tradução livre), no qual deseja questionar o que chama de inflação de diagnósticos, mas sem questionar a psiquiatria e seus fundamentos. Cabe esclarecer que Frances foi um dos psiquiatras que participou, ao longo de 20 anos, da construção do DSM-III, sua versão revisada DSM-III-R, do DSM-IV e passou a fazer parte do quadro de anciãos a serem consultados no fechamento do DSM-IV-TR. Escreve seu livro fazendo uma *mea culpa* pela inflação de diagnósticos, que segundo ele se iniciou após o DSM-IV. Em suas palavras:

Eu estava profundamente atento aos riscos, por causa de uma dolorosa experiência em primeira mão – apesar de nossos esforços para domar a excessiva exuberância diagnóstica, o *DSM-IV* vem sendo mal usado para explodir a bolha de diagnósticos. Ainda que tenhamos sido tediosamente modestos em nossos objetivos, obsessivamente meticulosos em nossos métodos, e rigidamente conservadores em nossa produção, falhamos na predição ou prevenção de três novas e falsas epidemias de transtornos psiquiátricos infantis – autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar infantil. E não fizemos nada para conter a inflação galopante de diagnósticos que já estava expandindo a fronteira da psiquiatria para muito além de sua competência. Se um cauteloso e de modo geral bem feito *DSM-IV* provavelmente resultou em mais dano que benefício, o que será o provável efeito negativo de um *DSM-5* feito com pouca cautela, movido pela sua grande mas quixotesca ambição de ser "uma mudança de paradigma"? (Frances, 2013, p. XIV. Tradução livre).

Não temos resposta para esta pergunta, mas podemos afirmar que a preocupação de Frances é compartilhada por parte da comunidade científica e por certo número de profissionais que trabalham com crianças e com saúde mental, em todo o mundo, devido a repercussão do tema em todas as mídias. O lançamento do DSM-5, no ano de 2014, gerou a formação de grupos, fóruns, associações e outras formas de movimentos em prol da discussão, debate e reflexão sobre as epidemias diagnósticas e a expansão das fronteiras da psiquiatria. Entre as denúncias feitas por esses grupos destaca-se a de que haveria conflito de interesses dos psiquiatras responsáveis pela elaboração dos DSMs, uma vez que grande

número deles têm ou tinham suas pesquisas financiadas pela indústria farmacêutica, principal interessada na expansão dos diagnósticos psiquiátricos e em potenciais epidemias diagnósticas.

A possibilidade de uma estreita relação entre indústria farmacêutica e elaboração do DSM pode ser pensada, a partir da dinâmica política e institucional do setor de saúde. Para esclarecer essa complexa dinâmica, tomaremos a explicação do ex-ministro da saúde, José Gomes Temporão (2013), em conferência proferida no II Seminário Internacional “Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, em que usa o conceito de complexo econômico-industrial da saúde:

Pensemos em dois espaços. Em um espaço, se localiza o conjunto de indústrias produtoras de bens: indústria farmacêutica, que produz não só os princípios ativos, mas os produtos na forma final; a indústria de vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico; outra grande indústria, de equipamentos médicos e insumos, que produz aparelhos eletrônicos e não eletrônicos, próteses, materiais de consumo. Ou seja, nesse espaço está tudo que é produzido no complexo médico industrial. E no outro espaço é onde esse conjunto de bens e serviços é consumido, onde se realiza o consumo da produção. (...) O que liga, qual o cimento que junta esses dois espaços: as indústrias e o aparato de serviço de promoção, atenção e reabilitação? O saber profissional, que eu poderia chamar figurativamente de “cimento”, liga o espaço da produção ao espaço do consumo. E evidentemente, dependendo do padrão de conhecimento, do processo de formação do profissional, o cimento dará características singulares a este espaço (p. 70).

O saber profissional a que se refere Temporão, certamente é o da medicina, uma vez que, em se tratando de saúde, ou melhor de doença, a medicina é o conhecimento soberano. Essa superioridade hierárquica da medicina como saber, para Foucault (2011a), se dá pela sua importância “para a constituição das ciências do homem: importância que não é apenas metodológica, na medida em que ela diz respeito ao ser do homem como objeto de saber positivo” (p. 217). Para ele a medicina ao inverter o jogo da finitude no saber conseguiu viabilizar ao indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento, pois se para o pensamento clássico a finitude tinha como único conteúdo a negação do infinito; para o pensamento do final de século XVIII em diante, confere a finitude os poderes do positivo: “a estrutura antropológica que então aparece desempenha simultaneamente o papel crítico de limite e papel fundador de origem” (Foucault, 2011a. p. 218). Ou seja, Foucault (2011a) nos revela que:

Foi essa mudança que serviu de conotação filosófica para a organização de uma medicina positiva: e, inversamente, essa medicina foi, no nível empírico, um dos primeiros esclarecimentos da relação que liga o homem moderno a uma finitude originária. Daí o lugar determinante da medicina na arquitetura de conjunto das ciências humanas; mais do que qualquer outra, ela está próxima da disposição antropológica que as fundamenta. Daí também seu prestígio nas formas concretas da existência: a saúde substitui a salvação, dizia Guardia (p. 218).

Foi a medicina que desenvolveu a tecnologia que permitiu despersonalizar a doença, classificar as entidades clínicas e sua especialização, comparar as pessoas entre si por seus adoecimentos e tratamentos, sem ser preciso considerar qualquer outra variável (Tesser e Poli, 2011). Reside nessa tecnologia a possibilidade da medicina em ser ciência, possivelmente a ciência humana mais científica e reconhecida. Tesser e Poli (2011) nos dizem que “a confiança da população na medicina decorre e muito desse saber, que se transforma em poder nas vantagens econômicas, nas relações preferenciais com o estado, na comunicação com as pessoas e na forma como produz subjetividades e, ainda, em uma forma de explicar e de entender o mundo” (p.236).

Em nosso mundo capitalista, poder e prestígio são capitalizáveis, desse modo, qualquer produto que tenha o selo do conhecimento médico terá a confiança do consumidor. Esta lógica que nos lembra a ideia de cimento descrita por Temporão (2013), que propõe que o conhecimento médico seria o elo entre o espaço de produção e o espaço de consumo, para a indústria farmacêutica. Esse autor, ainda nos esclarece que para garantir essa interferência, a indústria farmacêutica centra sua estratégia comercial no estabelecimento de um determinado padrão assistencial, que se fundamenta em três pilares principais: investimentos em pesquisa, proteção patentária para os produtos colocados no mercado e gastos intensivos em publicidade.

Ou seja, a indústria que vende medicina em frascos, para garantir lucros precisa garantir que o saber médico mantenha seu prestígio e permaneça fundamentado em uma epistemologia que reduza o ser humano a um ser biológico curável por fármacos. Em relação a esse tema Tesser e Poli (2011) afirmam:

A biomedicina opera com essa biologização dos sofrimentos e adoecimentos o tempo todo, restringindo e hierarquizando fortemente as interpretações, que tendem a girar em torno de doenças como defeito ou lesão do corpo a serem corrigidas por quimioterápicos ou cirurgias. E nesse processo, o próprio ato cognitivo e técnico de diagnose e terapêutica tende intrinsecamente, pela conformação teórica e classificatória e pela tradição terapêutica estabelecidas na biomedicina, a

medicalizar situações, queixas e sofrimentos dos mais variados (Tesser, 2006a, b) e, no caso das crianças, desviando a atenção de pais e profissionais de outras possibilidades interpretativas e de cuidado mais coerente e consistente com as vivências, complexidades e situações psicossociais e existenciais das famílias e seus filhos (p. 237).

Retomando a discussão do DSM e a possibilidade de conflito de interesse dos seus elaboradores, nos parece razoável pensar em uma interferência da indústria farmacêutica, seja de forma direta ou indireta, se considerarmos o poder que um instrumento como um manual diagnóstico, pode ter sobre os lucros da indústria farmacêutica, seja incorporando novos diagnósticos, ampliando espectros ou ao contrário excluindo diagnósticos e restringindo espectros.

Mas independente da comprovação do financiamento de pesquisas feitas pela indústria farmacêutica, há um conflito acontecendo na elaboração dos DSMs, uma vez que, temos médicos psiquiatras escrevendo manuais diagnósticos a partir do saber médico positivo para definir doenças subjetivas com instrumentos objetivos. Decidir quais questões subjetivas podem ser transformadas em questões médicas e quais não podem ou não devem, é uma escolha arbitrária quer tenhamos inflação de diagnósticos ou não. Não seria a pouca quantidade de diagnósticos que deveria torná-los mais ou menos válidos.

Nos parece que essas epidemias diagnósticas estão revelando mais que uma inadequada relação entre alguns psiquiatras e a indústria farmacêutica, apontam para a possibilidade de se criar diagnósticos e medicamentos para qualquer característica isolável pela ciência positiva. Talvez seja possível dizer que a medicina levada às últimas consequências pela indústria farmacêutica devido a seu compromisso com o lucro seja mais um dos elementos que está nos levando a questionar o conhecimento médico como absoluto. Dizemos mais um dos elementos, porque, por exemplo, o acesso às informações médicas, permitido entre outros pela internet, tem levado pacientes a questionarem ou proporem tratamentos aos médicos, fato impensável, até pouco tempo atrás, devido a relação hierarquizada entre médico e paciente. Percebem-se novas relações de poder se estabelecendo entre a medicina e seus pacientes. Não estamos aqui fazendo uma apologia ao fim da medicina e dos diagnósticos, mas reconhecendo novas características nas relações de poder da medicina com seus diversos outros atores, até porque não acreditamos na extinção da medicina nem dos diagnósticos.

2.2.3 Literatura Atual

A menina não palavreava. Nenhuma vogal lhe saía, seus lábios se ocupavam só em sons que não somavam dois nem quatro. Era uma língua só dela, um dilecto pessoal e intransmixível? Por muito que se aplicassem, os pais não conseguiam percepção da menina. Quando lembrava as palavras esquecia o pensamento. Quando construía o raciocínio perdia o idioma. Não é que fosse muda. Falava a língua que nem há nesta actual humanidade. Havia quem pensasse que ela cantasse. Que se diga, sua voz era bela de encantar. Mesmo sem entender nada as pessoas ficavam presas na entonação. E era tão tocante que havia quem chorasse.

(Mia Couto, 2013)

A discussão em torno do DSM trazida para referendar a construção clínica e cultural do TDAH é uma escolha de caminho, uma escolha contra hegemônica e que ainda circula entre poucos, por isso escolhemos traçar um perfil das produções em livros e periódicos com os quais tivemos contato ao longo da jornada do mestrado e da escrita desta dissertação. Acreditando que esse processo é experiencial, não pretendemos fazer um traçado minucioso de tudo o que se produziu sobre o tema em um dado período, nem em um dado banco de periódicos, mas queremos a exemplo de Guatarri e Rolnik (2013) em *Micropolítica: Cartografias do desejo*, compartilhar nosso encontro com indivíduos, grupos e também com intensidades e desejos, diferentemente deles nossos encontros se fizeram por meio de textos.

Como trazido no item anterior deste capítulo o status do saber médico é inegável e quando se busca por TDAH na literatura, grande parte das produções sobre o tema tem um viés biomédico, reconhecível principalmente pela linguagem e pela redução do indivíduo a doença. Esse status da visão biomédica no meio acadêmico nos impactou, quando ao buscarmos periódicos para publicação de artigos, consultamos o sistema brasileiro de avaliação de periódicos (Qualis) mantido pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)⁵. Constatamos que dos aproximadamente 400 periódicos avaliados pela CAPES, na área de psicologia, com classificação A1 ou A2 (hierarquias máximas na estratificação qualitativa) 170 são – por seus nomes – referentes a periódicos exclusivamente médicos; tratam de alguma doença ou especialidade da medicina, como a psiquiatria; tratam do cérebro especificamente; estão ligadas à neurociência unicamente;

⁵ Referência necessária para pesquisadores brasileiros, pois define a garantia da obtenção e manutenção de financiamento e outros benefícios, além de incentivos como maiores notas em avaliações nacionais, para universidades e seus departamentos.

referem-se à farmacologia; ou são exclusivamente da biologia. Desse modo, aproximadamente 40% dos periódicos para publicação, avaliados com o maior nível hierárquico de classificação da CAPES, estão ligadas a um entendimento biomédico de ser humano.

Isso nos permite perceber a força da visão biomédica na produção hegemônica em psicologia, levando-nos a refletir sobre o modo como tem sido discutido o diagnóstico de TDAH nessa área, uma vez que quanto melhor classificado um periódico e quanto mais consultado, melhor será sua classificação. Ressaltamos que esse critério não é o único utilizado pela CAPES, mas se constitui como um dos mais importantes, pois está ligado, por exemplo, ao reconhecimento da área por meio de citações; ao impacto internacional para a psicologia como área de conhecimento, por meio do número de consultas feitas ao periódico, e a alguns outros itens. De modo geral essas consultas se dão pela internet e a consulta aos artigos por ferramentas de busca. Essas podem facilitar o rastreamento, mas também manipular o acesso, se considerarmos estudos que demonstram que a maioria dos usuários da internet “não lê além dos vinte primeiros resultados da pesquisa de busca” (SAGE, 2014). Sabemos também que a colocação dos itens de uma busca, pela ferramenta de pesquisa, nas primeiras páginas pode ser paga ou favorecida por truques na escrita.

Uma segunda olhada no Qualis da CAPES, nos revela, algo que também é percebido na consulta a artigos sobre TDAH. Além do viés biomédico, nos deparamos com um predomínio do viés comportamental em psicologia, que parte de uma epistemologia positivista para estudo do ser humano. Ou seja, estão com classificação máxima os periódicos em psicologia que referendam o viés biomédico. Nas práticas cotidianas se pode perceber esse alinhamento entre medicina e uma linha da psicologia, quando ao encaminharem crianças com TDAH ou transtornos de mesma ordem, neuropediatras e psiquiatras infantis, recomendam terapias comportamentais como único encaminhamento para a área de psicologia.

Felizmente, ainda existem diversos periódicos⁶ que problematizam, diagnósticos, epistemologias, e temas próximos dos que temos abordado neste trabalho, além de tantos outros temas que não abordamos, mas não podemos deixar de entendê-los como contra

⁶ Não cabe no escopo desse trabalho citar quais os periódicos a que me refiro, até porque isso requereria um trabalho mais detalhado com o devido cuidado ético. Seria cabível na produção de artigo ou estudos futuros.

hegemônicos e por isso com menor visibilidade tanto da população em geral quanto das diversas instituições ligadas ao meio acadêmico, resultando por exemplo em maior dificuldade de financiamento de pesquisas.

É preciso destacar que o caráter contra hegemônico dessas publicações que pode oferecer benefícios para a prática da psicologia, como por exemplo, reconhecer na criança suas potencialidades, sem reduzir o olhar apenas a sua eventual doença ou dificuldade. Mais ainda, tais publicações podem oferecer uma perspectiva politizada, base para mudanças concretas no cotidiano das escolas, das famílias e da sociedade.

2.3 MEDICALIZAÇÃO

2.3.1 Definições de Normalidade

Pai, ensina-me a existência.

- Não posso. Eu só conheço um conselho.

- E é qual?

- É o medo, meu filho.

(Mia Couto, 2013)

Tendo em vista o alinhamento da maior parte da produção acadêmica atual com a epistemologia biomédica, o caminho para se pensar comportamentos fora do padrão, entendidos como condutas inadequadas e/ou funcionalidades desequilibradas dos seres humanos, em nossa sociedade, será por um olhar biomédico. Entendimento que reconhece o ser humano apenas como um ser biológico, e para o qual qualquer desvio deve ser entendido como sintoma ou doença. Este trabalho não pretende condenar essa forma de estudo do ser humano, mas estamos buscando demonstrar sua limitação e consequências. Considerando-se o ser humano como biológico, passa-se a acreditar que é possível aplicar critérios de normalidade que sejam definidos cientificamente, de forma neutra e imparcial. No entanto, ao proceder deste modo, a abordagem biomédica passa ao largo das discussões da história da medicina e dos atuais estudos em sociologia, antropologia, psicologia, história da ciência e tantos outros que veem revisando as construções científicas e reconhecendo seus vieses ideológicos.

Desejando ampliar a perspectiva, para reconhecer o ser humano não apenas como um ser biológico é que traçamos e seguimos o trajeto que até aqui nos possibilitou: uma problematização da ciência, que leva a reconhecer sua falta de neutralidade; uma problematização do ser humano como objeto, que nos faz questionar sua redução ao biológico; uma problematização do diagnóstico psiquiátrico e de suas funções, que nos fez reconhecer a ideologia biomédica em sua base, que tem sido levada ao extremo pela indústria farmacêutica. Chegamos até aqui pelo caminho da desestabilização de certezas e desconstrução de conceitos que levam a partir de agora à construção de novos conceitos e à estruturação de novas possibilidades de entendimento do ser humano, da infância, do diagnóstico e por fim, do TDAH.

Para iniciar essa nova etapa de nossa caminhada discutiremos nosso entendimento de ser humano. Como estudiosas do desenvolvimento humano na psicologia poderíamos partir dos tradicionais autores de referência desta área do conhecimento, como Jean Piaget (1896-1980), Lev S. Vigotski (1896-1934) ou Henri Wallon (1879-1962), mas no desejo de formular novos caminhos desejamos buscar novos autores, autores com os quais estamos dialogando em nosso laboratório de pesquisa (*Ágora Psychê*) já há algum tempo. A exemplo dos autores tradicionais, nossa discussão envolve de início a questão da cognição. Esse parece ser o aspecto mais surpreendente do ser humano em seus primeiros anos de vida.

Esse tema é abordado de modo inovador por Virginia Kastrup (2007), em *A invenção de si e do mundo*, que apresenta uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Ao estudar a invenção no campo da psicologia, Kastrup propõe uma crítica positiva das teorias de cognição, apontando para a reinvenção destes estudos. Isso porque a autora ao longo do livro pretende demonstrar que não existe uma psicologia da invenção. Faz isso por meio de “pressupostos filosóficos e epistemológicos, que atravessam a vertente científica da história da psicologia cognitiva, que respondem pela não colocação do problema da invenção” (Kastrup, 2007, p. 20). Desse modo, para incorporar a questão da invenção no estudo da cognição, precisará retomar os fundamentos filosóficos e epistemológicos que estruturam o estudo da cognição para reconhecer se há o estudo da invenção.

Em sua investigação, Kastrup começa a problematização, apresentando um estudo da modernidade, qualificando a como “complexa, paradoxal e portadora de uma diferença

interna que possibilita as condições históricas de um estudo da invenção como imprevisibilidade (...). Os principais autores utilizados para esse estudo são Michel Foucault e Bruno Latour” (Fontebasso, 2000, p.203). Em seguida, apresenta o tema da cognição por dois vieses da psicologia cognitiva e conclui que:

O gestaltismo e a epistemologia genética não apresentam em suas formulações teóricas uma abordagem positiva da invenção, ou seja, como invenção de problemas. Com base no pressuposto científico de que a cognição tem condições invariantes e que esta ocorre nos limites das estruturas e do equilíbrio, acabam por submeter toda desestabilização da experiência a um momento inessencial, transitório e acidental, que só ganha sentido pelos resultados que ela é capaz de engendrar. Esses resultados constituem, em última análise, um retorno ao estado de equilíbrio, a novas formas estáveis. Por não terem em seus referenciais teóricos, introduzido a instabilidade no plano das condições da cognição, acabaram por fazer a invenção desaparecer como verdadeiro problema (Kastrup, 2007, p. 113).

Ponto de discussão que leva Kastrup a construir novos caminhos para fazer “caber” a invenção no estudo da cognição, apoiando-se em Deleuze, Simondon, Prigogine e Bergson, dando a cognição à complexidade necessária. Ao explicar os caminhos que a levaram a psicologia a um estudo redutor da cognição, Kastrup, conclui:

A psicologia cognitiva acatou os pressupostos da ciência moderna e limitou-se a pôr em prática, em seu domínio específico, certo modo de pensar e procedimentos já referendados em outros domínios. Não trabalhou no sentido da criação de outras formas de conhecer seu objeto nem de novos procedimentos capazes de apreender sua possível complexidade. Por esse motivo, não foi capaz de colocar o problema da invenção. Não promovendo qualquer ruptura em relação aos pressupostos filosóficos e epistemológicos da ciência moderna, não foi capaz de dar conta, em seus quadros de referência teóricos, das experiências de instabilização cognitiva as quais me referi, que são sinais da tendência inventiva que existe para além da tendência repetitiva. (...) Pois a invenção faz parte das realizações cotidianas, desde que o sujeito decida não fazer de sua existência uma banalidade.

Se a crítica epistemológica de Kastrup ao estudo psicológico da cognição for aplicada de modo correspondente ao diagnóstico, obteremos o seguinte: *a psicologia clínica acatou os pressupostos das ciências biomédicas e limitou-se a pôr em prática, em seu domínio específico, certo modo de pensar e procedimentos já referendados em outros domínios. Não trabalhou no sentido da criação de outras formas de conhecer seu objeto nem de novos procedimentos capazes de apreender sua possível complexidade.* Aqui teremos que interromper a correspondência, porque algumas inovações, no atendimento

clínico, têm possibilitado novos caminhos e oferecido pistas para a construção de uma epistemologia não redutora do ser humano, apesar de ser prática criada e referendada pela medicina. Em experiências pessoais distintas, como psicólogas clínicas, vivenciamos pequenas quebras dos muros do consultório que resultaram em um olhar mais amplo e nos possibilitaram enxergar uma complexidade maior do ser humano, permitindo ver/ouvir o humano que transborda de um possível diagnóstico.

Para ilustrar esses novos caminhos, traremos a narrativa (ficcional, mas que se parece em muitos aspectos com casos reais) de um médico-de-família-e-comunidade que escolhe sair do reducionismo diagnóstico, mesmo sem fisicamente sair do consultório:

A próxima consulta traz Gislaine com o filho, Matheus, de 9 anos, com um bilhete da professora na mão: Prezado Dr. Júlio, favor encaminhar o menor Matheus para avaliação com psicólogo ou neurologista, já que o mesmo apresenta dificuldade no aprendizado, déficit de atenção e hiperatividade. Atenciosamente, professora Maura.

Júlio trabalha a uns 10 anos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e pensa como essas cartas mudaram recentemente: se antes advertiam para a dificuldade de aprendizado, agora alertam para um diagnóstico médico conhecido como TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade). Gislaine parece cansada e com pouca paciência com Matheus, diz que não aguenta mais, que ele tem dado muito problema na escola, que já reprovou os dois últimos anos, que não faz a lição de casa, que tem brigado muito com os colegas na sala. Enquanto Gislaine fala, Júlio observa Matheus que sentado ao lado da mãe, faz aquela cara de quem já ouviu inúmeras vezes aquele mesmo discurso. Nessas horas, Júlio agradece o fato de ser o médico de toda a família, Gislaine também consulta com ele e, há dois anos, passou por uma separação difícil, o ex-marido e pai de Matheus conheceu uma outra mulher e deixou a família subitamente. Gislaine já havia comentado como tinha sido difícil para Matheus, que era muito ligado ao pai. Júlio inicia uma conversa amena com Matheus, sobre o que gosta de fazer, futebol, jogos de videogame, brincar na rua com os amigos. Fala da escola, que acha tudo chato, que não gosta da turma em que estuda e chegam, por fim, ao assunto da separação de seus pais. Matheus fica desconfortável ao falar desse tema, quase chora. Para Júlio parece muito claro que a separação, o modo como Mateus sofreu como isso, perder a sua turma na escola, levaram-no a esse ponto e que se encontra. Para Gislaine, no entanto, um diagnóstico (TDAH) e a possibilidade um tratamento medicamentoso (Ritalina®) parecem soar como uma redenção, seria uma solução simples para uma situação extremamente complexa. Júlio declara sua impressão de Matheus, de que parece ser um menino inteligente, mas que está passando por um momento difícil, e que não acha que Matheus tenha TDAH (...). Propõe a Gislaine um grupo que ocorre o centro de saúde do bairro vizinho, coordenado por uma psicóloga, chamado grupo de pais, voltado para pais com dificuldade na educação dos filhos (Tesser e Poli, 2011, p.239/240).

No episódio narrado o médico conseguiu ir além da tradicional visão biomédica. Limitando-se a ver Matheus apenas como um organismo, buscando uma causa unicamente orgânica para as queixas da professora e da mãe. Perspectiva ainda não descartada, pois por se tratar de um entendimento hegemônico, Matheus ainda poderia ser capturado por algum diagnóstico. Por exemplo, diante dos possíveis alinhamentos entre a psicologia e a visão biomédica da medicina tradicional, Matheus poderá voltar a ser enquadrado no diagnóstico de TDAH, pela psicóloga do grupo para o qual foi encaminhado, ou ainda a psicóloga da escola pode rotular Matheus com TDAH, entre outras possibilidades.

As diversas ocasiões de captura de uma criança por diagnósticos psiquiátricos, relaciona-se diretamente a inflação diagnóstica que tanto criou novas nomenclaturas e definições de distúrbios como também ampliou o espectro de alcance de diversos transtornos. Inflação diagnóstica que leva Allen Frances (2013), psiquiatra citado anteriormente, a propor que salvemos o conceito de normalidade (ou normal) em psiquiatria, para evitar a expansão desenfreada de diagnósticos, estimulada pela indústria farmacêutica. Parece-nos importante averiguar a concepção de normalidade que norteia diagnósticos e certezas de inadequação. Curiosamente, este autor em sua busca por definir normalidade (ou normal), convida cada uma das áreas do conhecimento, que considera pertinentes, e indaga o que cada uma têm a dizer sobre a normalidade (ou o conceito de normal), e descobre que tanto a filosofia, como a estatística, a medicina, a psicologia, a sociologia, a antropologia e a psicanálise não conseguem oferecer o conceito universal que deseja. Frances começa sua busca pela definição do dicionário e nos oferece o seguinte:

As definições de *normal* do dicionário são todas tentadoramente tautológicas. Para saber o que é normal é preciso saber o que é anormal. E adivinhe como *anormal* é definido no dicionário – as coisas que não são normais ou regulares, ou naturais, ou típicas, ou usuais, ou conforme a norma. Por falar em correr atrás do próprio rabo – cada termo é definido exclusivamente como o negativo do outro; não há uma real definição de nenhum deles, e nenhuma significativa fronteira no estabelecimento de definição entre eles (Frances, 2013, p. 4. Tradução livre).

Ao contrário do que afirma este autor, não nos parece falta de definição dizer que *normal* se refira a: regular, natural, típico, usual, conforme a norma, pois cada uma dessas palavras delimita um entendimento específico. Pode-se definir cada uma delas como: estabelecimento de regras, seguimento da ordem natural das coisas, constituição de modelo, uso habitual (Michaelis, 1998). De modo que, é viável assumir que, *normal*, contenha em

si o paradoxo, de definir ao mesmo tempo regras ou leis (socialmente estabelecidas) e ordem natural. Paradoxo coerente com o construto da ciência positiva, pois leis e regras, ou normas, são definidas a partir do que se considera natural ou do que se naturaliza.

Ao encerrar o tópico, Frances (2013) afirma que para o termo *normal*: “não há definição universal ou transcendental, que possa funcionar operacionalmente para resolver problemas do mundo real” (p. 4. Tradução livre). Afirmação que revela de onde o autor parte para o estudo da palavra normal. Ao saber que *normal* não atenderia a requisitos básicos da ciência cartesiana, apesar de ser o ponto de corte para diagnósticos, Frances precisaria retirar a validade desta palavra para não colocar em questão a própria epistemologia diagnóstica.

Diferentemente de Frances (2013) teremos que abandonar o termo normal, não por sua falta de definição, mas por caracteriza-se como a palavra que é a maior guardiã da segregação entre o hegemônico – nomeado de normal, ligado diretamente a saudável, positivo, bonito – e o contra hegemônico – chamado de anormal, ligado a doente, patológico, negativo, feio. Razão pela qual, ao discutirmos desenvolvimento, de modo consciente, não empregaremos o termo “desenvolvimento normal”, ou seu sinônimo “dentro do esperado”. Para nós, o desenvolvimento é invenção, criação e sustenta nossa visão de infância que traz em si o novo, o inédito, o inesperado, aquilo que é estranho, potente.

2.3.2 A criança que transborda

Mais que todos, um menino desobedecia, dedicando-se ao misterioso passarinho. Era Tiago, criança sonhadeira, sem outra habilidade senão perseguir fantasias. Despertava cedo, colocava-se aos vidros, aguardando a chegada do vendedor. O homem despontava, e Tiago descia a escada, trinta degraus em cinco saltos. Descalço, atravessava o bairro, desaparecendo junto com a mancha da passarada. O sol findava e o menino sem regressar.

(Mia Couto, 2013)

Debatendo o hegemônico e o contra hegemônico, operamos de um lado, com aquilo que é considerado óbvio e natural. Algo que está presente na fala dominante, é legitimado, reconhecido. De outro lado, queremos causar estranhamento frente àquele óbvio que buscamos desnaturalizar, para que deixe de sê-lo. Para tornar legítimo um entendimento

diferente do dominante, não bastaria substituir uma visão pela outra, e sim incorporar mais ângulos, ou formas de olhar para aquilo ou aquele que queremos estudar. Nesse sentido:

A infância é algo que nossos saberes, nossas práticas e nossas instituições já capturaram: algo que podemos explicar e nomear, algo sobre o qual podemos intervir, algo que podemos acolher. A infância desse ponto de vista, não é outra coisa senão o objeto de estudo de um conjunto de saberes mais ou menos científicos, a coisa apreendida por um conjunto de ações mais ou menos tecnicamente controladas e eficazes, ou a usuária de um conjunto de instituições mais ou menos adaptadas às suas necessidades, às suas características ou às suas demandas (Larrosa, 2000, p. 184).

Tal seria o óbvio, o que é legitimado, enfim, o hegemônico, mas sabemos que existe algo que muitos percebem, mas não está dito nessa descrição e que nos é, trazida, por exemplo, por Larrosa (2000):

Não obstante, e ao mesmo tempo, a infância é um outro: aquilo que, sempre além de qualquer tentativa de captura, inquieta a segurança de nossos saberes, questiona o poder de nossas práticas e abre um vazio em que se abisma o edifício bem construído de nossas instituições de acolhimento. Pensar a criança como um outro é, justamente, pensar essa inquietação, esse questionamento e esse vazio. É insistir uma vez mais: as crianças, esses seres estranhos dos quais nada se sabe, esses seres selvagens que não compreendem a nossa língua.

Larrosa nos apresenta uma infância em que as crianças apesar de estranhas *são*. Ou seja, o autor nos apresenta uma infância em que a criança é um ser em si, existe de forma plena, completa. Visão oposta a hegemônica que nos apresenta o *ainda não, um quase*: quase adulto, quase desenvolvido, quase falante da nossa língua. Quanto à aplicação deste conceito em ciência:

A infância como um outro não é o objeto (ou o objetivo) do saber, mas é algo que escapa a qualquer objetivação e que se desvia de qualquer objetivo: não é ponto de fixação do poder, mas aquilo que marca sua linha de declínio, seu limite exterior, sua absoluta impotência: não é o que está presente em nossas instituições, mas aquilo que permanece ausente e não abrangível, brilhando sempre fora de seus limites. (...) A alteridade da infância é algo muito mais radical: nada mais, nada menos que sua absoluta heterogeneidade em relação a nós e ao nosso mundo, sua absoluta diferença (Larrosa, 2000, p.185).

Diferença inaceitável em um mundo em que tudo deve seguir um plano, uma determinação, uma norma, um modo normal de ser. A infância deve seguir o

desenvolvimento predefinido, ainda que se mostre constantemente fora da definição. A escola, instituição responsável por adequar a criança ao mundo adulto, apesar de seus diversos mecanismos para disciplinar e docilizar, vivencia desafios diários ligados a indisciplina das crianças. Para melhor compreender a necessidade de controle da escola e seus desafios vividos, retomaremos Foucault, a partir de Gadelha (2013) em sua análise da Escola de Chicago, enfatizando a teoria do capital humano:

No prefácio ao livro *Capital humano: investimentos em educação e pesquisa*, publicado nos EUA em 1969, Theodore Schultz, famoso economista da Escola de Chicago e agraciado com o Nobel de economia em 1979, afirma: “Uma classe particular de capital humano, consistente do ‘capital configurado na criança’, pode ser a chave de uma teoria econômica da população” (Schultz, 1973, p. 9). Tomemos três elementos dessa afirmação: em primeiro lugar, a ideia de *capital humano*; em segundo, a de sua configuração na criança; em terceiro, por fim, a ideia de que essa configuração pode constituir a “chave de uma teoria econômica da população” (Gadelha, 2013, p. 143).

Elementos que para Gadelha remetem à biopolítica, à governamentalidade neoliberal e às relações entre os dois, ambos temas caros à Foucault. Gadelha ainda afirma que essas temáticas parecem importantes, também, por fornecerem pistas para pensarmos as condições de possibilidade da educação no presente e algumas das virtuais funções estratégicas que ela pode vir a exercer na contemporaneidade:

E isso, por exemplo, conforme a maneira como a educação é agenciada a biopolíticas e a uma determinada forma de governamentalidade neoliberal, a saber: aquela que se institui nos Estados Unidos da América, desde o início da década de 1960, particularmente sob influência das análises econômicas empreendidas pela Escola de Chicago, e que teve na teoria do Capital Humano uma de suas expressões mais pungentes (Gadelha, 2013, p. 143).

Para melhor entender essa passagem, Gadelha (2013) nos explica de forma pormenorizada diversos dos termos utilizados e suas raízes. Nos limitaremos a resumir, de forma coerente, suas explicações e retomar nossa discussão sobre a criança que transborda. A década de 1960, traz um novo tipo de economia política, que parte dos norte-americanos e tem por base a economia de mercado e certas análises econômicas, as quais apresentam duas novidades importantes: primeiro, há um deslocamento, no qual o objeto de análise deixa de ser o Estado e os processos econômicos e passa a ser propriamente a sociedade, ou seja, as relações sociais, os comportamentos individuais, etc.; depois, além do mercado

funcionar como “princípio de inteligibilidade” do que acontece com a sociedade e com o comportamento dos indivíduos, ele constitui-se como se fosse a substância ontológica do “ser” social, a forma e a lógica mesma a partir da qual, com a qual e na qual deveriam funcionar, transformar-se e desenvolver-se as relações e os fenômenos sociais, assim como os comportamentos individuais e de cada grupo (Gadelha, 2013).

Dessa conceituação e de suas análises nasce a teoria do Capital Humano, que tem como ponto mais importante estruturar o que seja capital humano. Gadelha (2013) descreve de modo detalhado e por citações, o que explicaremos, de modo simplificado, como um conjunto de habilidades, destrezas e capacidades próprias dos seres humanos, que em função do novo espírito do capitalismo tornam-se valor de troca, ou seja, é a transformação do que se entendia por trabalho. Deste modo, a economia política assume como objeto, o comportamento humano e aquilo que o aprimora racionalmente. Podemos considerar que ambos, têm como espaço privilegiado a escola. Nesse sentido Gadelha (2013) conclui:

Em suma, uma das estreitas interfaces dessa teoria do Capital Humano com a educação está, portanto, na importância que a primeira atribui à segunda, no sentido desta funcionar como investimento cuja acumulação permitiria não só o aumento da produtividade do indivíduo-trabalhador, mas também a maximização crescente de seus rendimentos ao longo da vida (Gadelha, 2013, p. 150).

Em outras palavras, a escola passa a ser espaço de investimento, e por isso regida pela economia de mercado. A escola assume a responsabilidade, não apenas por adestrar os corpos, como no começo do século XX, mas deve também estimular de modo adequado a racionalidade e os comportamentos, que são o capital humano, “o capital configurado na criança”. A teoria higienista já não basta. Novos métodos são exigidos diante da ampliação das obrigações da escola, devido às novas expectativas do mercado e ao refinamento da concepção de trabalho para a economia.

Essas mudanças na econômicas acontecem concomitantemente com transformações políticas, ou melhor, com a consolidação de uma mecânica do poder: a biopolítica, que age em regime de extensão, em mútuo ajustamento e complementariedade em relação às disciplinas (por exemplo, a política de higienização dos séculos XIX e XX), as quais apresentam o duplo efeito de adestramento e sujeição dos corpos dos indivíduos e produzem uma subjetividade, uma identidade (Gadelha, 2012). Em seu curso *O nascimento*

da *biopolítica*, Foucault (2008), tem o objetivo “de mostrar em que o liberalismo é condição de inteligibilidade da biopolítica” (p.442) e de fato o faz, tentando:

Compreender que novas estratégias, dispositivos mecanismos e procedimentos são mobilizados no panorama da geopolítica contemporânea, no contexto de um capitalismo de tipo transnacional e financeiro, um capitalismo imaterial, de fluxo de maneira a tornar possível dirigir, modular e controlar a conduta dos indivíduos e das coletividades” (Gadelha, 2012, p.65).

Em seu estudo, Foucault destaca, entre outros, os dois mecanismos que citamos, que são a ideia de capital humano, que permite considerar o humano (seus comportamentos e subjetivações) como capital, e o surgimento da biopolítica, que implica um novo imperativo no exercício do poder, que é:

Fazer com que as populações vivam sob determinadas condições, seguindo certas normas e regulamentações, o que implica fazer com que o exercício do poder passe a tomar como objeto os fenômenos, tais como os de natalidade, mortalidade, morbidade, crescimento populacional, planejamento urbano, saneamento básico, educação (...), políticas sociais e assim por diante (Gadelha, 2012, p. 63).

Esses fenômenos assumem uma centralidade na biopolítica, segundo Foucault, devido ao entendimento de que o poder é exercido sob o princípio do “fazer viver e deixar morrer”, oposto ao poder soberano que agia segundo a lógica do “deixar viver e fazer morrer”. Ou seja, o poder é exercido sobre o modo de vida. Sendo assim, parece crucial, sabermos quais modos de vida são legitimados e válidos e quais não. O DSM parece trazer pistas sobre os modos de vida que não são legítimos e necessitam ser adequados ou eliminados do convívio social.

No contexto escolar o exemplo mais disseminado é o TDAH, que aponta uma diferença inadequada para o ambiente escolar e para o convívio social. Para entender esse acontecimento vinculado ao capital humano e à biopolítica, tomemos as problematizações de Masschelein e Simons (2014b) a respeito de como a educação escolar e a ordem policial (de Rancière) desempenham um papel nos processos de neutralização e de des-politização:

Primeiro, enquadrando atritos e divisões na sociedade como “problemas de política”, traduzindo esta última como “problemas a serem tratados na educação”, e mobilizando os “expertos da inclusão” nas escolas, é uma espécie de neutralização e des-politização no primeiro nível (p.144).

Se pensarmos em nossas discussões anteriores podemos dizer que há uma grande probabilidade de esses problemas irem parar na saúde e deixarem de ser “problemas da educação”, obtendo o que entendemos por medicalização “processo por meio do qual as questões da vida social – complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo” (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2013, p.14).

Retomando a problematização de Masschelein e Simons (2014b):

Segundo, e talvez a mais importante, as escolas aparecem como locais onde a lógica (da polícia) de desigualdade foi tão longe que esses “espaços des-politizados” se tornam o modelo de uma sociedade democrática e inclusiva. (...) A lógica (meritocrática) da escola espelha assim a lógica da polícia [em Rancière]. A escola lida com a inteligência, que é algo tido como dado, considerada como geral e, portanto, desigualmente distribuída. ... para a escola, nada fica de fora, uma vez que cada problema pode ser traduzido como mais um problema de aprendizagem e, portanto, como uma justificativa da necessidade de mais escolaridade, mais apoio e intervenção mais especializada (pp. 144 e 145).

Temos aqui o caminho final para se chegar a um diagnóstico de TDAH ou a diagnósticos similares, pois o empregar do DSM na intervenção especializada poderá rotular as crianças com o nome exato de um modo de vida não legitimada em nossa sociedade.

2.3.3 TDAH – a complexidade de um processo

Lhe concordo, doutor: sou eu que invento minhas doenças. Mas eu, velho e sozinho, o que posso fazer? Estar doente é minha única maneira de provar que estou vivo. É por isso que frequento o hospital, vezes e vezes, a exhibir minhas maleitas. Só nesses momentos, doutor, eu sou atendido. Mal atendido, quase sempre. Mas nessa infinita fila de espera, me vem a ilusão de me vizinhar do mundo. Os doentes são a minha família, o hospital é o meu teto e o senhor é o meu pai, pai de todos meus pais.

(Mia Couto, 2009)

Reconhecer que os indivíduos em seus devires-criança ultrapassam constantemente os limites da definição de normalidade, nos faz compreender que estes limites precisam ser redefinidos a todo momento para poder abarcar novas formas de ser humano. No entanto, se desejarmos construir uma definição de normal rígida e que se caracterize por universalidade e transcendência, precisaremos não mais adaptar a definição de normal e sim precisaremos ampliá-la para que comporte todas as formas de existência, todos os devires que não caibam naquela normalidade estabelecida.

Tendo acompanhado a jornada teórica, proposta nesta fundamentação, identificamos que a escolha hegemônica tem sido estabelecer uma conceituação de normal rígida, que é sustentada pela atualização da lista de formas de existência ilegítimas, materializadas nos DSMs. Assim, a eleição da saúde mental como algo que delimita as formas de existência legítimas e ilegítimas, aponta para o conjunto discursivo deste momento histórico, em que se entende o sujeito humano como corpo biológico. Esse discurso parece ter sua origem na epistemologia cartesiana, que visa desmembrar seu objeto de estudo e reduzi-lo a uma única característica, passível de ser manipulada e definida de modo objetivo. Aplicado ao ser humano, esse método impõe defini-lo como biológico, pois é sua característica isolável, menos complexa e mais objetiva.

Caliman (2013), ao analisar as falas de Eric Kandel, austríaco que recebeu o Prêmio Nobel de Medicina em 2000, esclarece que a psiquiatria não tem conseguido exercer suas práticas independentemente da fala do sujeito que sofre, uma vez que, os psiquiatras não têm à sua disposição, os chamados, “marcadores biológicos”, das doenças mentais. Fato que coloca em questão a psiquiatria e seus construtos, pois não consegue apontar a localização biológica dos distúrbios que apresenta. Esta área do conhecimento para não colocar em questão o resto da medicina é obrigada a criar uma outra forma de fazê-la, em que ao invés de se falar em doença cria-se o termo transtorno. A psiquiatria, para não ficar desacreditada, emprega termos da medicina como sintoma, exame, tratamento e medicamento, apoiada na crença de que em breve os marcadores biológicos serão revelados. Caliman (2013) afirma:

E esta é somente uma crença pontual no âmbito mais geral de uma cultura marcada pela ênfase no corpo, ou melhor, no cérebro, como sendo a sede da alma, da identidade, da política, da religião, do sentimento moral, do sofrimento mental. Para a biopsiquiatria hoje em voga, um sofrimento só é sofrimento, uma doença só é doença, um diagnóstico só é diagnóstico quando for um biodiagnóstico, tudo mais é

apenas psicológico ou social e, portanto, menos real. Uma patologia só é realmente real quando sua existência biológica é comprovada (p.110).

A autora diz que essa crença da biopsiquiatria na prática diagnóstica, não se limita aos psiquiatras, está difundida socialmente, na centralidade que a prática diagnóstica assume. Podendo oferecer produção de sentido e garantia de direitos, fazendo com que os biodiagnósticos tornem-se entidades necessárias, almejadas, desejadas:

Ou seja, eles atuam na constituição de novas identidades e sociabilidades desejadas pelos sujeitos diagnosticados. Ao mesmo tempo, nas cidadanias biológicas muitas vezes ter um biodiagnóstico é a única possibilidade de acesso a todo um sistema de direitos e possibilidades. Ainda podemos dizer que nas cidadanias biológicas nem sempre está em questão uma desresponsabilização do sujeito diagnosticado por seus atos, mas uma nova forma de responsabilidade é exigida (Caliman, 2013, pp. 111 e 112).

O termo “cidadanias biológicas” é empregado, por Caliman, a partir da concepção de Rose e Nova, os quais, segundo a autora, utilizam-nos para descrever projetos políticos que basearam suas concepções de cidadania na existência biológica dos seres humanos, desde o século XIX. Trata-se “do efeito identitário dos biodiagnósticos. Nikolas Rose (2007) afirma: as biocidadanias contemporâneas são individualizantes, pois modelam as individualidades interferindo diretamente na forma através da qual o indivíduo se vê, (...) atua sobre si e sobre o mundo” (Caliman, 2013, p. 114).

Frente à descrição de Caliman e Rose podemos afirmar que estamos diante da atuação de duas tecnologias de poder, que são descritas por Foucault, como a tecnologia regulamentadora da vida e a tecnologia disciplinar do corpo. Essas duas tecnologias de poder são introduzidas em nossa sociedade com certa defasagem cronológica e são sobrepostas. Desse modo:

Uma técnica que é, pois, disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massa próprio de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso, em compensar seus efeitos. É uma tecnologia que visa portanto não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos. Logo, uma tecnologia de

treinamento oposta a, distinta de, uma tecnologia de previdência; uma tecnologia disciplinar que se distingue de uma tecnologia previdenciária ou regulamentadora; uma tecnologia que é mesmo, em ambos os casos, tecnologia do corpo, mas, num caso, trata-se de uma tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de capacidade e, no outro, de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjuntos (Foucault, 2010, pp. 209 e 210).

Essa descrição corresponde aos efeitos exatos do diagnóstico, ou como prefere Caliman, do biodiagnóstico de TDAH, pois se por um lado “oferece ou forja uma narrativa de vida que passa a ter em seu centro o próprio diagnóstico. Por outro, “sofrem inicialmente o impacto da segregação, (...) mas ao mesmo tempo eles são unificados entre si, na medida em que as diferenças internas ao grupo dos sujeitos diagnosticados com TDAH são eliminadas pela classificação” (Caliman, 2013, p.116).

Não pretendemos apresentar uma forma pessimista de ver o mundo, pelo contrário é por uma crença na potência humana e na criatividade que escolhemos problematizar temas tão centrais na estruturação de nossa sociedade. Descobrimos, por exemplo, que existem escolas em que nenhuma criança tem diagnóstico de TDAH. Por meio de leituras, conversas e participação em eventos começamos a suspeitar que estas escolas se diferenciam das outras não apenas por seu modo de funcionamento, que as faz serem chamadas de democráticas, alternativas, livres; mas nos parece que, principalmente por suas concepções de infância, de mundo, de ciência, de conhecimento e de educação. Nessas escolas, o rótulo não se fixa, porque interessa aos educadores/tutores ver a criança para além do rótulo. Este entendimento encontramos em nossa pesquisa ao analisar os prontuários do CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília.

Capítulo 3

OBJETIVO

3.1 Geral

Compreender a construção do processo de tornar-se TDAH, no caso de uma criança, que tinha sido atendida no CAEP da UnB no período de 2009 a 2013.

3.2 Específicos

- 1) Identificar o contexto e os atores envolvidos no processo de tornar-se TDAH de uma criança específica;
- 2) Conhecer como interagem entre si esses atores;
- 3) Identificar as mudanças ocorridas nas interações entre os diferentes atores;
- 4) Mapear como se sentiram posicionados tanto a criança quanto sua família, ao longo do processo.

Capítulo 4

METODOLOGIA

4.1 CARTOGRAFIA

Antes de partir para a descrição do que descobrimos e construímos durante a pesquisa, precisamos esclarecer algumas escolhas que fizemos, relacionadas a preparação da pesquisa, desenvolvimento, escrita e análise. Diante da fundamentação teórica construída, precisávamos de um método condizente. Ele teria que dar espaço para a problematização e para devolver a complexidade aos atores envolvidos no processo de tornar-se TDAH e devir-criança. A palavra processo nos remeteu logo à metodologia usada por algumas colegas de laboratório: a cartografia.

Tal metodologia possibilitou a cada uma das colegas mencionadas desenvolver a forma de trabalho de acordo com seus temas específicos e abordar complexidades tanto das próprias pesquisadoras/autoras como dos demais atores envolvidos. Para iniciar as definições, pode-se dizer, de modo simplificado, que a partir de Deleuze e Guattari, em *Mil Platôs*, o sentido da cartografia é: “acompanhamento de percurso, implicação em processo de produção, conexão de redes ou rizomas” (Passos, Kastrup e Escóssia, org. 2009, p. 10). Explicando, de forma introdutória, partindo-se do conceito de rizoma construído por Deleuze e Guattari e tomando a cartografia como a construção de mapa:

A realidade cartografada se apresenta como mapa móvel, de tal maneira que tudo aquilo que tem aparência de “o mesmo” não passa de um concentrado de significação, de saber e de poder, que pode por vezes ter a pretensão ilegítima de ser centro de organização do rizoma. Entretanto, o rizoma não tem centro. (...)Essa reversão [transformar *metá-hódos* em *hódos-metá*] consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso não se abre mão do rigor, mas esse é ressignificado. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção (Passos, Kastrup e Escóssia, 2009, pp. 10 e 11).

Nesse momento, o “nós” empregado até aqui, passa a ser “eu”, pois apesar de carregar comigo as reflexões, debates e contribuições tanto da minha orientadora como dos colegas e professoras de laboratório, trata-se do compromisso, do interesse, da implicação na realidade e da intervenção desta pesquisadora que viveu a pesquisa, que mergulhou no contexto, que foi afetada e que afetou os participantes. Reconhecendo, assim, que se

tratade um método de pesquisa-intervenção, em que “a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência – o que podemos designar de plano da experiência” (Passos e Barros, 2009a, p. 17).

Tendo assumido até aqui que cartografar é construir um tipo de mapa capaz de representar movimento, o qual se delinea por meio de acompanhamento do percurso, adentrando o plano da experiência, comum a todos os participantes da pesquisa, entende-se que com a escolha por cartografar mantêm-se as escolhas epistemológicas trazidas na fundamentação teórica. Isto porque, ao mergulhar no plano da experiência o cartógrafo adentra o plano onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, dificultando qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo à possibilidade de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga (Passos e Barros, 2009a). Ou seja, conhecer é um acontecimento conjunto, uma vez que:

Lançados num plano implicacional, os termos de relação de produção de conhecimento, mais do que articulados, aí se constituem. Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas. Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é transformação da realidade, o processo de pesquisa ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos (Passos e Barros, 2009a, p. 30).

Se cartografar é criar uma realidade de si e do mundo, em que assume-se a produção de dados, é preciso ter cuidado para não serem os dados criados unicamente pelo pesquisador, pois assim voltaríamos para um reducionismo indesejado. Por isso, acompanham-se os processos caminhando junto com quem os vive, para que qualquer distanciamento seja perceptivelmente artificial. Assim, busca-se a dissolução do ponto de vista do observador (Passos e Eirado, 2009) para que se torne uma política da narrativa (Passos e Barros, 2009b). Em outras palavras, entende-se que o cartógrafo:

Para realizar sua tarefa não pode estar localizado na posição de observador distante, nem pode localizar seu objeto como coisa idêntica a si mesmo. O cartógrafo lança-se na experiência, não estando imune a ela. Acompanha os processos de emergência, cuidando do que advém. É pela dissolvência do ponto de vista que ele guia sua ação (Passos e Eirado, 2009, p.129).

Entendida a importância da dissolução do ponto de vista é preciso compreender como torná-la uma política narrativa e o que isso implica. Passos e Barros (2009b) oferecem uma concepção de política que guia-os à definição de política narrativa:

A política é a forma de atividade humana que, liga ao poder, cola em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas, não necessariamente jurídicas e legais. (...) Nesse sentido, podemos pensar a política da narrativa como uma posição que tomamos quando, em relação ao mundo e a si mesmo, definimos uma forma de expressão do que acontece. Sendo assim, o conhecimento que exprimimos acerca de nós e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político (p. 151).

Passa-se a assumir que o pesquisador encontra-se no território existencial, o mesmo em que estão a criança e todo ser humano, como descrito por Pulino, Larrosa e Kastrup na fundamentação teórica. Para a perspectiva cartográfica, segundo Alvarez e Passos (2009), o território existencial é construído, de modo que o pesquisador não se coloca de maneira hierárquica diante do objeto, e este não é entendido como um obstáculo a ser transposto (conhecer = dominar, objeto = o que objetiva, o que obstaculiza). Trata-se de reconhecer o humano e sua complexidade, ou seja, cartografar é compor o território existencial, engajando-se nele, experimentando. Alvarez e Passos (2009) advertem:

Mas sabemos que o processo de composição de um território requer cultivo ou um processo construtivo. Tal processo coloca o cartógrafo numa posição de aprendiz, de um aprendiz-cartógrafo. Nesse processo de habitação de um território, o aprendiz-cartógrafo se lança numa dedicação aberta e atenta (pp.135 e 136).

Cartografar exige escolher a todo momento recusar a posição tradicional do pesquisador e assumir uma postura radicalmente oposta. Processo desafiador se pensarmos que a postura cartesiana de pesquisa é ensinada e fortalecida a todo momento, ou seja, é naturalizada. Portanto, assumo aqui ser uma aprendiz-cartógrafa que, dentro de minhas possibilidades estarei me exercitando para manter-me no plano da experiência, no território experiencial tanto na construção do mundo como de mim mesma, mas sei que a novidade do processo pode me levar à retomada de uma posição desalinhada com minhas pretensões. No entanto, continuarei cartografando, pois a beleza do método está no reconhecimento deste tipo de complexidade, que se não aparecesse deixaria de traçar movimentos reais e retrataria o ideal, o desejado.

4.1.1 A Análise Construtivo-Interpretativa e as Zonas de Sentido

Buscando fortalecimento nesse novo caminho que é a cartografia, apoiiei-me no trabalho pioneiro de Flávia Bastos da Cunha (2012), em nosso Laboratório de pesquisa (*Àgora Psyché*), elegendo a perspectiva da epistemologia qualitativa de González-Rey, assumindo a possibilidade de uma complementaridade entre a análise construtivo-interpretativa e a cartografia, conforme ela argumenta:

a análise construtivo-interpretativa proposta de González-Rey (2003, 2005) e a cartografia podem, juntas, constituir um dispositivo interessante a essa pesquisa (...). Ao dizer que “a ciência está muito mais envolvida com a criação e o desenvolvimento de zonas de sentido do que com uma apreensão finalista do real” (González-Rey, 2005, p. 121) percebemos que a epistemologia qualitativa vai ao encontro da inventividade que propõe a metodologia da cartografia (Cunha, 2012, pp. 66 e 67).

Além desse aspecto, González-Rey, apresenta em sua proposta, o intuito de ampliar o olhar e aprofundar os debates, assim como buscou-se ao longo da fundamentação teórica. Nesse sentido, a partir do caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, o autor, elabora o conceito de zonas de sentido, que podem ser definidas, como:

Espaços de inteligibilidade que se produzem na pesquisa científica e não esgotam a questão que significam, senão que pelo contrário, abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica. Tal conceito tem, então, uma profunda significação epistemológica que confere valor ao conhecimento, não por sua correspondência linear e imediata com o “real”, mas por sua capacidade de gerar campos de inteligibilidade que possibilitem tanto o surgimento de novas zonas de ação sobre a realidade, como de novos caminhos de trânsito dentro dela através de nossas representações teóricas (González-Rey, 2005).

É exatamente a possibilidade do surgimento de novas zonas de ação sobre a realidade e de novos caminhos de trânsito que interessam, pois como aprendiz-cartógrafa corre-se o risco de apenas reconhecer o que está explicitado. Já com as zonas de sentido é possível uma análise daquilo que é subjetivo, que se apresenta no cruzamento das falas, na leitura do todo. Em resumo, Campos (2014) apresenta, parafrazeando González-Rey (1997):

As zonas de sentido se retroalimentam em um processo criativo, criando categorias de análise e estimulando novas construções teóricas, tendo continuidade por meio das múltiplas contradições que se produzem nas diversas formas de expressão de sentidos (p. 33).

Ou seja, o percurso cartográfico seguirá as pistas da análise construtivo-interpretativa de Gonzáles-Rey (2003), para empreender a construção de um quadro compreensivo que abranja a complexidade do processo, considerando a sua dimensão subjetiva.

4.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O primeiro desafio como aprendiz-cartógrafa se deu com a submissão do projeto de pesquisa, esboço inicial desta dissertação, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH). Desafio que se mostrou complexo e repleto de paradoxos. Isso porque, fazer pesquisa com seres humanos, utilizando técnicas qualitativas, não é natural para a ciência cartesiana, visão hegemônica no trabalho acadêmico. Para melhor entender o que isso significa e seus desdobramentos, discutirei o texto da página principal do CEP/IH na internet:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília é um dos três comitês ativos da universidade. O mais antigo é da Faculdade de Ciências da Saúde, CEP/FS, e o segundo comitê é o da Faculdade de Medicina, CEP/FM. O CEP/IH foi o primeiro comitê especializado na pesquisa social criado no Brasil. Foi registrado na CONEP em 2007 e está em pleno funcionamento (CEP/IH, 2015).

Encontra-se no trecho acima uma busca por igualar este comitê aos outros (*é um dos três comitês ativos da universidade*), reconhecendo sua singularidade (apesar de ser o último a ser criado, *foi o primeiro comitê especializado na pesquisa social criado no Brasil*). Singularidade justificada no parágrafo seguinte da página principal do CEP/IH:

A pesquisa social traz desafios particulares ao atual sistema de revisão ética instituído no Brasil, o Sistema CEP/CONEP. A missão do CEP/IH é pensar esse sistema à luz das particularidades da pesquisa social. Por isso, restringimos nosso trabalho de revisão aos estudos que utilizem técnicas qualitativas de levantamento de dados ou análise dos dados, tais como entrevistas, observação, *survey* ou questionários.

Reconhece-se a defesa de uma diferenciação da pesquisa em ciências humanas das demais, que no texto está caracterizada pela técnica de pesquisa qualitativa empregada. À luz da discussão trazida na fundamentação teórica, em que se falava da tendência à crítica a algo superficial, ou seja, assumir que a pesquisa em ciências humanas se diferencia apenas pelo uso de instrumentos qualitativos, parece um mecanismo para evitar a discussão epistemológica e uma possível revolução científica. Percebe-se no discurso do CEP/IH um desejo de ruptura, mas não por completo. O que aparece de forma clara no momento em que cada pesquisador submete sua pesquisa. Pois apesar de querer diferenciar-se dos demais comitês o CEP/IH permanece vinculado diretamente ao Ministério da saúde, tendo como procedimento para submissão de projetos a mesma plataforma dos outros comitês. Deste modo, o CEP/IH diz acreditar em um modo diferenciado de se fazer pesquisa das ciências humanas, mas não consegue sustentar esta posição.

Depois de um ano vivenciando o mestrado foi chegada a hora de submeter meu projeto ao referido comitê. Já vinha ouvindo comentários sobre o sofrido processo de se submeter um projeto de pesquisa aos comitês de ética em pesquisa tanto por colegas de laboratório como de departamento. Descobri que precisava preencher um cadastro na plataforma do ministério da saúde brasileiro para ser enviado a um dos comitês de ética da universidade, escolhido de acordo com critérios próprios da plataforma. Efetuei o preenchimento das fichas em diversas etapas. Surgiram dúvidas, pois as fichas estão todas preparadas para as pesquisas positivistas e que envolvam a biologia humana. Não foi uma grande surpresa, pois desde a graduação tenho vivenciado a dualidade da psicologia que mesmo desejando diferenciar-se da medicina, a todo momento reivindica assemelhar-se a ela.

No entanto, apesar de não ser uma surpresa, a estruturação da plataforma obrigou a reconstrução de partes do projeto para que pudesse caber em seu formato predefinido. Vencida toda a burocracia e depois de vários dias preenchendo e adequando o projeto para completar os espaços exigidos submeti o projeto que foi encaminhado ao CEP/IH. Estava satisfeita com a possibilidade de submeter o projeto a um comitê que mostrava alinhar-se a minha visão de ciência. Passado o desconforto por ter tido que adequar o projeto a um cadastro tendencioso e restritivo, recusando-me a modificar certos aspectos da pesquisa, como forma de resistência, sentia-me satisfeita por ter uma avaliação ética por um comitê que ele mesmo resistia como eu havia feito.

Resistência que se via na precariedade do funcionamento deste comitê em comparação com os outros, pois não possuía telefone ou espaço físico, apenas um e-mail para se fazer contato, diferentemente dos comitês mais antigos e que aparentemente possuíam mais verbas e pessoal. A cada palavra que escrevo sobre esta experiência fico em dúvida se deveria expor o acontecido pensando que pode significar a condenação do CEP/IH, por seu caráter contra hegemônico. Mas não posso ignorar o que esta etapa significou na construção e desconstrução de minha pesquisa e no estabelecimento dos parâmetros éticos que me orientaram.

Esse percurso inicial, mas não o primeiro da pesquisa me colocou, como aprendiz-cartógrafa, em desalinho com a cartografia que desejei fazer, e me implicou no desafio de cartografar essa ambiguidade que acompanhou a pesquisa em sua avaliação ética em uma instituição acadêmica e que certamente acompanhará a pesquisa em toda sua caminhada, pois o desejo de se cartografar e a implicação, que para Passos e Barros (2009a), pode ser definida a partir de Lourau, “diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade” (pp.19 e 20).

Não significa que cedi e que daquele momento em diante a pesquisa assumiria um caráter mais hegemônico e menos contra hegemônico, mas é preciso reconhecer que em meu devir-cartógrafa essas forças continuariam a aparecer como parte das redes de intercalações, que estabelecem relações entre relações, por meio das instituições que participaram nessa etapa e permanecerão, por seus atravessamentos em meu devir-mestranda, devir-pesquisadora, devir-universitária que coexistem ao meu devir-cartógrafa.

Retomando o caráter de prestação de contas, esta pesquisa, teve seu projeto devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília. Respeitou todas as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, instituídas pela Resolução 196/96 do Conselho de Saúde do Ministério da Saúde. Durante a pesquisa os procedimentos éticos, como a apresentação da pesquisa, a garantia de sigilo e a assinatura de consentimento livre esclarecido pelos participantes (anexo 1), foram cuidadosamente obedecidos. Além do cuidado de respeito às normativas éticas da psicologia como profissão de minha escolha e que acredito exercitar em diversos momentos da pesquisa.

4.3 PREPARAÇÃO DA PESQUISA

4.3.1 Reflexões ao longo do mestrado

Como dito no item anterior a submissão ao CEP/IH não foi a primeira etapa deste trabalho. Como narrado na apresentação o processo para chegara à escrita da dissertação começou com inquietações no consultório que me levaram até a entrar no mestrado. Jornada que modificou o projeto até chegar no formato que será descrito. Desde o começo, o desejo era acompanhar uma criança que recebesse o diagnóstico. Inicialmente pensei em acompanhar o processo de descoberta do diagnóstico, mas pareceu mais interessante e viável, tendo em vista prazos, burocracias, entre outros; buscar uma história em que o diagnóstico de TDAH já existe. Em discussões no laboratório e com minha orientadora, foi se mostrando que o pós-diagnóstico seria tão importante quanto o processo da descoberta do diagnóstico em si. Entendimento que estava ligado diretamente à vontade de acompanhar não apenas a criança que sofre ao longo do processo, mas também a família, especialmente o núcleo familiar que acompanha a criança e recebe as cobranças e toma as decisões. A família vivencia uma série de impactos e de ressignificações que algumas vezes geram sofrimento e desestabilizações de suas interações.

Dessa forma, abordaríamos o processo de tornar-se na sua complexidade, considerando a singularidade da experiência vivida pela criança e sua família, no contexto cultural e sócio histórico em que tem se constituído a compreensão sobre o chamado transtorno e o conseqüente modo de tratá-lo, nos diferentes campos da saúde e da educação.

Interessava reconhecer como a criança e sua família eram redefinidos diante de um rótulo diagnóstico que oferecia uma nova narrativa para a história individual e familiar, e como esse deslocamento era vivido e repercutia no conceito de si da criança, na interação familiar, nos jogos de forças que permeiam as relações da criança com o mundo. Diversos destes interesses foram mantidos, mas em função do diálogo com diversos autores desenhou-se a importância de dar atenção a outros aspectos que mostravam-se também importantes na construção do diagnóstico e do que é ser uma criança TDAH ou a família desta criança. Passou-se a reconhecer o papel tanto dos indivíduos como das instituições, pois como mostrado no item dos procedimentos éticos essa interferência pode se dar sem que se perceba sua dimensão ou presença.

Findou-se por manter criança e família como centros na construção do processo diagnóstico e observar como sentiram-se posicionados a cada etapa do processo no intuito de delinear quais forças interferiam para uma mudança de posição nas interações e nas concepções de si e do mundo. Decidimos, portanto, investigar o processo de tornar-se TDAH, em sua complexidade e especificidade. Os objetivos e o mergulho no território experiencial serão cartografados mais adiante.

4.3.2 Lições importantes

Entre as discussões, ao longo do mestrado, algumas se destacaram e estão formando uma linha invisível que norteia e alinhava este trabalho em toda a sua latitude. Uma delas se deu com a professora Regina Pedroza, membro do Laboratório *Ágora Psyché*, e presença constante ao longo do mestrado. Ao iniciar meu contato com o tema da medicalização encantei-me com as discussões sobre o tema e adotei uma fala que questionava a existência do TDAH e o negava. Em reunião no laboratório proferi uma fala nesse sentido e a professora Regina rebateu questionando as consequências de apenas negar a existência deste diagnóstico e junto com ele invalidar o sofrimento de quem o recebeu. Sua fala teve em mim um efeito imediato de desconforto e desestabilização de convicções e levou algum tempo e outros encontros com ela para se transformar em uma questão que passou a ser chave de minhas investigações. Acredito que foi possível concretizar a interrogação de Regina e a profundidade de sua interpelação em evento em que pude acompanhá-la, em que falou para psicólogos escolares da Universidade de Brasília sobre inclusão e trouxe a questão da segregação na escola pelo olhar dos direitos humanos e do reconhecimento da subjetividade da criança.

Outra lição importante foi o estágio docente, um mergulho no território da experiência, uma grande oportunidade de exercício para uma aprendiz-cartógrafa iniciante. A lição mais importante foi ter a oportunidade de caminhar ao lado de minha orientadora compartilhando a docência de uma disciplina em que apresentávamos as teorias de referência da psicologia do desenvolvimento. Foi fascinante redescobrir essas teorias a partir do olhar de Lúcia Pulino, com quem compartilho o desejo por buscar o solo de onde brotam essas teorias e suas raízes epistemológicas. O estágio possibilitou ouvir de meus alunos na disciplina suas opiniões sobre docência, medicalização, desenvolvimento humano, entre outros temas; com toda a diversidade que uma disciplina para docência pode

oferecer, pois havia alunos de graduação dos mais diferentes cursos, como música, artes cênicas, artes visuais, biologia, matemática, história, letras japonês, letras espanhol. Essa diversidade oferece visões de mundo diferentes tanto em relação ao desenvolvimento individual como em relação à formação acadêmica.

Capítulo 5

DESENHO FORMAL

Como explicado no item *procedimentos éticos*, este trabalho adota em parte a forma criada para a epistemologia cartesiana em que se define uma formatação rígida para a escrita no intuito de cumprir seus requisitos de forma clara. Com o intuito de seguir os trâmites acadêmicos que ainda exigem essa formatação, buscar-se-á segui-la neste capítulo, a fim de trabalhar com maior liberdade no capítulo seguinte. Aqui serão desenhadas de forma objetiva as etapas da pesquisa e enumerados seus participantes.

A pesquisa apresentou como etapa inicial, consulta aos prontuários do Centro de Atendimento e Estudos Psicologicos – CAEP, da Universidade de Brasília (UnB), a fim de buscar um caso de referência para contato com a família e sua criança com diagnóstico de TDAH.

5.1 PRIMEIRA ETAPA

O CAEP situa-se dentro do edifício central da UnB (Instituto Central de Ciências) e apresenta-se em sua página no site da Universidade do seguinte modo:

Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos funciona desde 1975. O CAEP é um centro de custo vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Tem como função apoiar os Departamentos na realização das atividades práticas para a formação profissional e acadêmica dos alunos de graduação e de pós. Compreende atividades de atendimento psicológico, ensino, pesquisa e extensão em Psicologia.

Para esta pesquisa interessava a parte de atendimento psicológico à população em geral. Após coletados os documentos necessários para obter autorização de entrada no Centro e consulta ao arquivo morto, pude ter o primeiro contato com os prontuários encerrados. Decidi iniciar a consulta pelos mais recentes que foram encerrados em 2013 e fui lendo-os em ordem decrescente. Havia pensado, em meu projeto para o CEP/IH, analisar os prontuários de 2013 a 2009. No entanto, constatei que já tinha o número de casos necessários, quando terminei a leitura dos prontuários de 2011. Sendo assim, consultei 43 caixas com aproximadamente 20 prontuários cada uma, separando todos os

atendimentos infantis, ocorridos nos anos de 2011 a 2013. Li todos os casos de crianças de até 13 anos de idade, separando os casos de TDAH ou que descreviam características como impulsividade, hiperatividade, déficit de atenção ou dificuldade de aprendizagem. Todas essas são descrições que levam comumente ao diagnóstico de TDAH.

Destaquei 17 prontuários, registrando em uma tabela (anexo 2) algumas características para retornar aos prontuários e descrevendo aspectos que poderiam ser relevantes para a pesquisa em sua etapa posterior. Concluída a leitura e o registro, realizei a análise dos casos escritos na tabela, para classificar aqueles que pareciam mais pertinentes e viáveis. Os prontuários foram classificados de acordo com critérios simples, como: tempo de atendimento; caso encerrado sem desistência ou perda de contato com a família; criança que ainda estivesse na faixa etária de 7 a 13 anos e que, de preferência, tivesse recebido de fato o diagnóstico de TDAH.

A leitura de prontuários, os encontros vividos e os questionamentos levantados na etapa dentro do CAEP serão retomados no capítulo seguinte: *Desenho Cartográfico*. Assim haverá a liberdade narrativa sem o compromisso com números ou cronologias lineares.

5.2 SEGUNDA ETAPA

Escolhidos os casos mais viáveis e pertinentes para o estudo, era preciso que os telefones de contato fossem válidos e que a família aceitasse participar da pesquisa, ou que ao menos houvesse uma primeira conversa. No primeiro contato, a mãe de C., que receberá o nome fictício de Caetano, para ter o sigilo de seus dados mantido, mostrou-se receptiva e aceitou de imediato participar da pesquisa e agendar a primeira entrevista. O aceite de Jane (nome fictício da mãe) possibilitou que se pesquisasse o caso que pareceu mais interessante, dentre os 17 lidos. Caetano, tendo recebido o diagnóstico de TDAH aos 7 anos, está agora com 11, o que permite conhecer tanto o processo diagnóstico quanto pós-diagnóstico. Foi acompanhado no CAEP ao longo de dois semestres, oferecendo o conhecimento de um percurso clínico com começo, meio e fim, fato raro entre os casos lidos, pois um grande número apresenta a desistência da família ou a mudança de telefone, impedindo o contato para continuidade do atendimento clínico.

Esta etapa apresentou como desenho formal:

6 (seis) entrevistas sendo 2 (duas) com os pais, 1 (uma) com a criança e 2 (duas) com as professoras, 1 (uma) com um dos médicos, apesar de terem sido contatado dois. Em todas as entrevistas dos pais ambos estiveram presentes. Essas foram feitas na escola de Caetano. A entrevista com Caetano aconteceu no campus Ceilândia da Universidade de Brasília. Já os profissionais foram todos entrevistados em seus locais de trabalho, segundo a preferência de cada um. A narrativa detalhada de cada encontro e o percurso para chegar a cada um será feita a seguir, no capítulo Análise e Discussão.

Capítulo 6

ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 DESENHO CARTOGRÁFICO

Há rio um rio que atravessa a casa. Esse rio, dizem, é o tempo. E as lembranças são peixes nadando ao invés da corrente. Acredito, sim, por educação. Mas não creio. Minhas lembranças acredito são aves. A haver inundações de céu, repleção de nuvem. Vos guio por essa nuvem, minha lembrança.

Para pensar o desenho cartográfico desta etapa, parece importante definir como a fundamentação teórica pode agregar sentido à construção e às análises dos dados, ou melhor, das informações construídas. Primeiro, entende-se que com ela buscou-se delimitar o solo a partir do qual se estruturam conceitos e ideias ligadas ao TDAH em nossa sociedade. Segundo, é possível deduzir que os atores envolvidos no tornar-se TDAH de uma criança, sendo parte dessa sociedade, terão seus conceitos e ideias advindas, em alguma medida, dessas mesmas bases. É possível reconhecer que tanto as bases como aquilo que delas se estrutura, constituem as linhas cartográficas. Essas atravessam os territórios existenciais, de todos os que compõem um desenho cartográfico. Nesse sentido, a retomada dos conceitos da fundamentação para análise dos dados será imprescindível. Destaco que:

A noção de território é entendida aqui num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etnologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (Rolnik e Guattari, 2013, p.388).

Agora pretende-se cartografar o território que constitui o tornar-se TDAH de Caetano (nome fictício para a garantia do sigilo) e de sua família. Entendendo que por um lado cartografar é desenhar mapas com emaranhados de linhas, que delimitam, conectam, atravessam e agregam; e por outro lado, cartografar é realçar certas linhas e esmaecer outras, sem no entanto, desarticular e decompor os traçados. Pretende-se cartografar

emaranhados que não retratem um diagrama arborescente que estabeleça hierarquias sucessivas, de acordo com uma lógica linear da ciência cartesiana hegemônica. Ao invés disso, espera-se desenhar sistemas em rizomas, os quais “podem derivar infinitamente, estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cerca-los” (Guattari e Rolnik, 2013, p. 388). Registra-se assim, um mapa complexo, no qual não há como buscar um núcleo do qual tudo derive.

Reconhecendo a impossibilidade de analisar todas as linhas presentes no sistema rizomático, opta-se por destacar certos traçados e conexões, orientando-me pelos objetivos específicos. Estes propõem que se busquem identificar os atores envolvidos no processo, conhecer como se dão suas interações, levantar mudanças nessas interações e mapear como se sentiram posicionados Caetano e sua família ao longo do processo de tornar-se TDAH. Aqui a análise é feita a partir das discussões e reflexões trazidas na fundamentação teórica, uma vez que mantém-se o entendimento de que este trabalho visa ampliar as concepções reducionistas de ser humano, oferecidas pela ciência de base cartesiana, para contemplar, em seu escopo, a complexidade humana reconhecida pela epistemologia empregada.

6.1.1 Primeira etapa – O CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos)

Primeiras impressões

Entrar no CAEP para a leitura de prontuários encerrados, a fim de escolher um caso para o estudo do tornar-se TDAH de uma criança, foi um misto de desbravar um território inédito e pisar em solo familiar. Por ter realizado meus estágios clínicos em outra universidade, conhecia a ideia de clínica-escola e a lógica do seu funcionamento, mas não conhecia aquela clínica-escola e seu funcionamento específico. Alguns aspectos comuns entre a clínica do passado e aquela presente experiência foram: a burocracia como ordenadora das relações; a estruturação do espaço físico, com corredores repletos de portas e salas, num espaço que deveriam sugerir acolhimento; e a produção de registros, padronizados por formulários. O contato com os registros causou sensação subjetiva semelhante à descrita acima, pois encontrava-me em um território inédito frente a cada

prontuário, mas revisitava experiências de quando fui estagiária na clínica-escola de minha faculdade. Incômodos daquela época tornaram-se incômodos do presente.

Um deles estava ligado ao modo como a falta de agilidade de responder às pessoas causava desistências em massa. As primeiras caixas de prontuários que li relatavam casos que foram ouvidos em um primeiro contato chamado de triagem e depois de longos períodos, quando finalmente se pretendia dar início aos atendimentos, ou as pessoas não eram acessáveis, ou não queriam mais o atendimento, ou tinham recorrido a outros meios. Diversos casos, em que os interessados ainda queriam atendimento, após algumas sessões desistiam do acompanhamento psicológico, por aquele procedimento não fazer mais sentido devido ao longo tempo transcorrido desde o surgimento da demanda. Em outros casos ainda, os interessados conseguiam o atendimento, queriam o acompanhamento, iniciavam um trabalho terapêutico e subitamente havia alguma descontinuidade, como a mudança de horário de aulas da terapeuta-estagiária que deixava de ser compatível com o das sessões. Por isso, iniciava-se outro processo terapêutico com nova estagiária, ou o fim da graduação da estudante (terapeuta) que interrompia o atendimento de algum caso, entre outros diversos motivos de descontinuidade no atendimento ou interrupções abruptas.

Este incomodo e a curiosidade de entender como funcionavam outros aspectos do CAEP levaram-me a uma entrevista com a direção do Centro. Na ocasião esclareceram-me que o ano de 2013 apresentou características especiais, pois marcou a mudança da gestão da fila de espera para atendimento no CAEP, na qual se encontravam mais de 200 pessoas. Grande parte dos prontuários que li eram casos triados muitos meses antes e que por excessiva demora para iniciar o atendimento não tiveram continuidade. Meu desconforto não era infundado. No entanto com a leitura dos prontuários mais antigos pude rever os questionamentos, não para desfazê-los, mas para dar-lhes uma dimensão mais coerente com o contexto maior a que estava tendo acesso. Do desconforto inicial, mantenho questionamentos, que já não estão direcionados ao CAEP especificamente, mas às clínicas-escola de modo geral e à psicologia como área de estudo e profissão. Este caminho percorrido corresponde ao que Passos e Barros (2009b), comentam em relação a um exemplo, no capítulo que trata de métodos narrativos:

A transformação, operação de antonomásia, desse “particular” em público, ou desse individual em coletivo se dá menos por uma oposição entre os termos e mais por uma diferenciação ou quebra na equação. Assim, o desdobramento de um caso na direção do plano coletivo de produção se fará pela desmontagem das engrenagens particularizantes e cortadas da experiência coletiva (p. 168).

O CAEP como outras sofre o reflexo da falta de políticas públicas que ofereçam atendimento clínico gratuito em psicologia. Tanto em entrevista com a direção do CAEP, como em conversa informal com uma técnica da instituição, evidenciou-se a clara deficiência do sistema público de saúde quanto ao atendimento psicológico de modo geral. Tópico semelhante ao abordado com Conselheiras do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-01), em encontros que tive ao longo do mestrado. Todas concordam que a enorme demanda da população acaba sendo direcionada, em grande parte, aos atendimentos em universidades. Essas contudo têm limite no número de atendimentos possíveis. Seu quadro é constituído exclusivamente de psicólogas aprendizes, que apesar de supervisionadas por profissionais experientes, apresentam limitações em sua forma de atendimento e na capacidade de lidar com casos muito complexos, com o agravamento do curto limite de tempo.

Independente do contexto, em todas as situações o mais prejudicado é o sujeito em sofrimento, que procurou assistência psicológica e muitas vezes sai descrente desse tipo de atendimento clínico. Embora as clínicas-escola vivam o reflexo de todo um sistema falho, é preciso estruturar uma forma de funcionamento não limitada por aspectos burocráticos.

Algumas estratégias têm sido empregadas e parecem promissoras. No CAEP por exemplo, existe a possibilidade de ex-estagiárias permanecerem atendendo os casos que acompanhavam, desde que tenham registro válido no Conselho Regional de Psicologia (exigência legal). Podem utilizar as dependências do CAEP, para atender de forma gratuita e receber em troca supervisão das professoras. Em relação à fila de espera o CAEP, sua atual gestão optou por eliminá-la, tendo ficado um ano sem realizar novos cadastros, para tornar possível atender todos os casos em espera. Exatamente os casos de 2013, ano por onde comecei a leitura dos prontuários e que originaram diversos questionamentos. Atualmente o CAEP tem conseguido atender às demandas no mesmo semestre em que são triadas e espera conseguir manter esse modo de operar.

Diálogo com os prontuários

A leitura dos prontuários, do chamado arquivo morto do CAEP, revelou que o Centro não realizou processos diagnósticos no período compreendido entre 2013 e 2011. Com exceção de um único caso, em que o processo psicodiagnóstico incluiu aplicação de testes e avaliação clínica específica (rigorosa, seguindo protocolos e etapas definidas). O procedimento levou ao descarte do diagnóstico de TDAH sem sua problematização. Em geral, os casos que chegaram, solicitando a avaliação para diagnóstico foram encaminhados para clínicas-escola da cidade ou simplesmente recusados. Modo de proceder que evita rotular crianças inadequadamente, mas não impede que a criança seja capturada pelo diagnóstico em outros contextos ou por outros profissionais. Como, no caso ficcional do médico, em que Tesser e Poli (2011) narram como Júlio consegue ver a criança para além do bilhete da professora, comentado na fundamentação teórica.

A recusa de efetuar capturas diagnósticas é demonstrada em outras práticas clínicas do CAEP e aparece nos prontuários de forma homogênea, apesar da diversidade de abordagens psicológicas, existente entre estagiárias, professoras orientadoras. Percebe-se, que no atendimento infantil, há uma forma de lidar com os sujeitos e suas demandas, buscando não reduzir o olhar aos diagnósticos, que é comum a todos os terapeutas do Centro. Por exemplo, no caso de Caetano, os registros estão ligados exclusivamente a questões trazidas por ele. A psicóloga em formação, que o atendeu, conseguiu ver Caetano como uma criança em desenvolvimento e não se ateu ao menino com TDAH. Deixou de lado o diagnóstico e suas repercussões e lidou com questões trazidas pela criança e sua família.

Esta é uma postura clínica ousada, pois é contra hegemônica. Ao negar o diagnóstico como aspecto mais importante da criança e ainda assim conseguir reconhecer seu sofrimento, confronta-se a visão biomédica hegemônica tanto na sociedade como na academia. Esta visão foi apresentada na fundamentação teórica, pela análise da produção de periódicos e do sistema brasileiro de avaliação de periódicos da CAPES (Qualis). Considero ainda que falta um passo a ser dado: a problematização, do diagnóstico para que a atuação do CAEP possa abarcar a complexidade das crianças diagnosticadas com TDAH.

Ao negar-se a lidar, de forma direta, com o diagnóstico e suas consequências os atendimentos do CAEP deixam de considerar um aspecto importante do desenvolvimento da criança, tanto pessoal quanto social, conforme a discussão de Caliman (2013) sobre bioidentidades e biocidadanias. Aspecto que por compor o território subjetivo e social no

desenvolvimento infantil, atravessa a relação familiar, a constituição identitária da criança, e sua interação com o mundo.

Não sei se essa escolha das profissionais orientadoras e estudantes estagiárias é proposital, mas em mais de um caso o prontuário encerra-se com uma dúvida da terapeuta sobre o diagnóstico, sugerindo que seria interessante repensar esse tema. Um dos casos é exatamente o de Caetano, em que a terapeuta apresenta uma questão final que faz lembrar o incômodo que vivenciei e descrevi na apresentação, o qual deu início à jornada que me trouxe até este tema e suas problematizações.

Diálogo com a direção

O reconhecimento de um traço comum entre os atendimentos clínicos infantis e a possibilidade deste configurar-se como uma proposta de atendimento definida por uma posição contra hegemônica estabelecida, pela direção, levou-me a pedir uma entrevista com a coordenação do CAEP. Entrevista que tinha como foco responder a perguntas que formulei a medida que adentrava o território do CAEP pelos registros dos prontuários, mas que findou por ser um momento de reflexão e problematização de procedimentos e de relações, tanto para mim como para a direção do Centro.

A entrevista aconteceu na sala da direção, dentro do CAEP e não foi gravada. Sem entrar em todos os tópicos abordados, segue o relato em que destacarei alguns pontos principais, orientada pelo norte que é indicado pelos objetivos geral e específico desta dissertação. Quanto ao modo como são distribuídos os casos: explicaram-me que após a triagem – atendimento de acolhimento feito pela equipe de técnicas – os casos são encaminhados para as professoras que supervisionam estágios, relacionados com a demanda. Por exemplo, as crianças são encaminhadas para as professoras de clínica infantil.

A presença das citadas técnicas, deve-se a sua lotação no CAEP, uma das possibilidades, a partir da aprovação em concurso público para psicóloga escolar da UnB. No Centro, fazem: acolhimento dos novos casos para triagem, atendimentos clínicos e grupos de estudo. Houve um tempo em que também desenvolviam um trabalho de acolhimento e orientação de novas alunas da graduação em psicologia. O projeto com as

alunas de graduação era feito por um dos membros da direção, que demonstrou pesar por não mais fazê-lo e não haver quem o assumisse. Quanto à atividade de acolhimento e triagem, foi relatada a transição de acolhimentos semestrais, para atendimentos da fila de espera semanais. Mudança que tem garantido o fim das filas de espera. Em relação aos atendimentos clínicos, estes são feitos pelas estagiárias, por técnicas, por alguns professores e voluntárias. Os atendimentos que não são feitos por estagiárias são selecionados por aquelas que optam por atender, no caso das voluntárias, que são ex-alunas que atendem em troca de supervisão e que normalmente atendem casos que vinham acompanhando no estágio antes de graduarem-se; as técnicas costumam atender casos que pareçam precisar de uma continuidade maior que usualmente não pode ser oferecida pelas estagiárias; já as professoras, algumas atendem casos que tenham relação com suas pesquisas, mas no geral não parece haver um padrão específico dos casos que atendem, mas ajudam as técnicas a diminuir a fila de espera e a assumir casos que necessitem de maior continuidade e/ou de maior complexidade.

O atendimento clínico das técnicas foi o tópico que levou a direção, a concluir que é preciso problematizar o trabalho delas como um todo. Isso porque, além de não conseguir descrever como se dá o trabalho clínico, reconheceu uma sobrecarga destas profissionais. Meus comentários sobre as informações que obtive, em conversa informal com uma das psicólogas escolares do CAEP, reforçou essa ideia. Ela falou-me das dificuldades enfrentadas para dar conta dos atendimentos, triagem e grupos de estudo e do sofrimento trazido pela sobrecarga. A direção pareceu verdadeiramente disposta a lidar com essa questão do mesmo modo como tem lidado com diversas outras que em gestões anteriores pareciam imutáveis. Representada por um único membro ao longo da entrevista, a diretoria do CAEP, nesse momento final estava com seus dois componentes presentes, os quais citaram trechos de textos sobre clínicas-escolas que têm embasado suas ações e reflexões.

Parece-me que, por um lado, o CAEP é um Centro de Atendimento e Estudos psicológicos que apresenta características semelhantes a outros centros de atendimentos dentro de outras universidades brasileiras e por outro lado ele parece ser único, não apenas por sua localização e história, mas por aqueles que o compõem e pelo compromisso com o qual exercem suas funções. Aprendi com o CAEP que é possível existir um centro de atendimento sem filas, que pareçam infundáveis e que soluções simples podem resolver problemas que parecem insolúveis.

6.1.2 – Segunda etapa – entrevistas e atores do tornar-se TDAH

Entre os casos lidos, fiz uma lista com os 6 casos mais relevantes para meu estudo colocados por ordem de interesse, do maior ao menor, esse grau foi determinado por critérios como: a idade que a criança tinha na época do atendimento e que teria no momento do contato; o tempo de atendimento no CAEP; a existência de um diagnóstico de TDAH; e pelo tempo do último contato do CAEP com a família. O caso de Caetano era o primeiro da lista e desde o primeiro contato a mãe, Jane (nome fictício) mostrou-se disponível e interessada em participar do estudo.

Em todas as entrevistas realizadas, com ou sem gravação, houve ao menos três momentos, o primeiro em que me apresentava como pesquisadora e apresentava a pesquisa, depois lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto com o participante, que em seguida o assina. O segundo momento, caso a gravação fosse autorizada, era entregue o documento relacionado, para que assinassem, caso contrário iniciava-se a entrevista que na maioria dos casos tornou-se mais um diálogo, em que privilegiei a escuta.

Os contatos começaram nas últimas semanas de novembro, devido à demora para autorização da pesquisa pelo CEP/IH, o que só ocorreu no começo de novembro. A data tardia merece destaque, pois ao longo dos contatos com a família e com Caetano havia a problemática do fim do ano letivo e dos contratemplos que pode acarretar. Além do desafio, para mim, de conseguir contato com todos os participantes antes que entrassem de recesso ou viajassem.

Apresentarei as entrevistas separadas por atores do processo, primeiro todas as entrevistas com a família e com Caetano, em seguida, as entrevistas com as professoras e, por fim, com os médicos. A análise será feita em cada parte e ao final serão traçadas as linhas transversais para articulá-las entre os atores. Nas entrevistas das professoras e dos médicos busquei trazer as falas o mais completamente possível, retirando apenas a repetição de narrativas ou a entrada de falas que se sobrepõem e deixariam o texto confuso. Além disso, dentro das transcrições, o uso de parênteses e três pontos, como segue: (...), foram empregados para mostrar que houve o corte de sobreposições, ou de observações breves que fogem ao tema comentado. As entrevistas, apesar de estarem praticamente completas, não foram transcritas na ordem gravada. Houve a edição da ordem para facilitar

a análise. No entanto, nas entrevistas com os pais e com Caetano, que foram longas, de mais de 40 minutos, foi preciso omitir trechos maiores para ter objetividade e não alongar o texto em demasia. No item da família, escolhi trazer parte do conteúdo em resumos de falas narradas e não transcritas.

Família e Caetano

Pai e mãe

Desde o primeiro encontro a mãe e o pai estiveram presentes juntos, tanto para as entrevistas da família como para levar Caetano para sua entrevista individual. O primeiro contato pessoal aconteceu na escola de Caetano no Guará (Cidade Satélite de Brasília no Distrito Federal), a qual cedeu uma sala de orientação para pais. Jane e Eduardo (nomes fictícios), pais de Caetano se mostraram receptivos a proposta da pesquisa e já começaram a comentar o percurso do tornar-se TDAH de Caetano. Narrativas preciosas que tiveram que ser interrompidas para o cumprimento da burocracia documental. Felizmente esta interrupção foi bem recebida e o fluxo intenso da fala de ambos se manteve com o gravador ligado.

Jane e Eduardo contaram que Caetano recebeu o diagnóstico de TDAH em 2010, quando estudava em escola pública do Distrito Federal. Ainda no 1º ano do ensino fundamental, sua professora disse aos pais que Caetano apresentava dificuldades e que poderia ser por algum problema de visão. No 2º ano na mesma escola, a nova professora disse que Caetano apresentava dificuldade de acompanhar as atividades escolares e recomendou que o levassem a um neuropediatra, munidos de uma avaliação psicopedagógica, feita pela equipe escolar. Foi nessa visita, em 2010, que Caetano recebeu o diagnóstico de TDAH e iniciou o uso de metilfenidato. Destaca-se aqui a relação entre escola e medicina comentada na fundamentação, a qual será retomada em detalhes na fala das professoras.

Os pais de Caetano, já em nossa primeira entrevista viviam um novo momento, pois semanas antes, um novo neuropediatra a quem consultaram, solicitou exames e diante dos resultados retirou o diagnóstico de TDAH de Caetano. Jane e Eduardo estavam felizes com a nova situação, mas estavam desconfiados. Queriam buscar ao menos mais um

neuropediatra, talvez até dois diferentes para confirmar esse resultado. A desconfiança familiar, frente à desconstrução do diagnóstico, que pertencia a Caetano há anos, remete à ideia de identidade biológica. Como os pais poderiam aceitar, de imediato, rever algo que para eles não era apenas um diagnóstico, mas uma rotina, uma forma de compreenderem seu filho, uma narrativa, uma bioidentidade. Para Caliman (2013):

Muitos sujeitos diagnosticados e pais de “crianças TDAH” relatam um sentimento de conforto e de alívio ao aderirem à narrativa oferecida pelo transtorno. Nela, eles não mais são descritos como culpados, incapazes, preguiçosos, moralmente defeituosos e passam a não mais se descreverem como tal (p.114).

Bioidentidade que vinha sendo questionada pelos pais, mas que nem se quer parecia ser considerada pelo médico. Ao comentarem o uso do metilfenidato e o progressivo aumento de meio para dois comprimidos, interpelo buscando entender:

Vocês relataram mais falta de atenção dele [Caetano], por isso que ele [primeiro neuropediatra] aumentou a medicação? Como é que foi isso?

Mãe responde: *Ele toda vez falava: “Ah, mas como é que tá o Caetano?”.*

Pai segue: *“Tá melhor.”*

Mãe retoma: *“Caetano tá melhor, não tem mais queixas, melhorou nas notas.”*

Pai complementa: *Desde o meio comprimido a gente relatava melhora.*

(Falas sobrepostas)

Pergunto: *Ele aumentou, porque fazia parte do protocolo dele, teoricamente?*

Pai: *Quando passou para dois [comprimidos] eu questioneei. Eu falei: “... mas dois?” Ele falou: “É isso aí mesmo... não sei o que...”.*

Pergunto: *Ele não falou que tinha a ver com o peso, nem nada?*

Pai: *Não.*

Mãe: *Não. Ele falou assim... que não tinha chegado ao máximo. Que dois era o máximo.*

Confirmo: *Dois era o máximo. A dosagem máxima, independente do desempenho.*

Ambos: *Isso!*

Os pais dizem que essa desconfiança frente à medicação foi o que os levou a quererem outras opiniões. Pode-se fazer um paralelo entre a construção da higienização, no século XIX, que colocou os pais na certeza de que nada sabiam sobre seus filhos, e os pais

de Caetano. Estes não se acreditam capazes de confrontar o diagnóstico médico por si mesmos e precisam encontrar outra fala médica para amparar suas desconfianças. Em um só trecho ecoa a supremacia do conhecimento médico-científico sobre o conhecimento dos pais-cuidadores, o reconhecimento do conhecimento científico como soberano e ...

Para entender melhor quanto ao diagnóstico de TDAH define as relações familiares e seu cotidiano, peço aos pais para comentarem sobre o que mudou em suas vidas depois do diagnóstico. Dois pontos se destacaram um ligado as muitas escolas em que estudou e outro ligado à rotina familiar.

Em relação às muitas escolas, os pais falam do despreparo delas para lidar com crianças com diagnóstico de TDAH. Um exemplo está no trecho abaixo, do pai:

Mudamos pro Guará. Foi quando ele veio pra escola aqui no Guará para facilitar nossa vida. (...) Mas aqui, de todas as escolas que ele tinha... havia estudado, foi a pior escola. Foi essa do Guará. E a gente foi pra lá como referência. O pessoal: “não vai pra lá, que lá é muito bom...”

Mais à frente, a mãe complementa:

Foi aquela dificuldade, que a professora... Dentro da sala de aula tinham quatro níveis, né, de alunos. E era muito cheia a turma. (...) Agente já tinha o relatório [médico] e levamos lá pra escola, pra ver se tinha o apoio lá, né. Ai a professora falou: “Olha pra mim é hiperdifícil, porque eu tenho aluno que sabe ler, só lê, aluno que só sabe escrever, aluno que sabe ler e escrever e aluno que não sabe de nada”. Tinha aluno lá repetente já com 12 anos.

Confirmo, pelas informações anteriores da entrevista:

E o Caetano era dos que sabia ler e escrever, mas que tinha outra dificuldade. Que na verdade não tava trazendo praticamente.

Mãe segue: *Isso mesmo. Aí, foi assim bem bagunçado mesmo. Agente tinha que tá bem em cima dele. Porque a professora não dava conta.*

Pergunto: *E ele exigia muita atenção da outra professora?*

Mãe: *Não.*

(Falas sobrepostas)

Pergunto: *Antes de vir pro Guará. Na outra escola ele tinha um atendimento diferenciado?*

Pai: *Tinha! Primeiro porque as turmas já eram reduzidas por conta própria. Assim, acho que por conta da demanda. Não sei se era da própria escola, mas as turmas eram bem reduzidas. (...) Ele saiu acho que de no máximo 15, 16 pra quase 40 pessoas aqui.*

Mãe: *Então ele já sofreu bastante assim, né.*

Curiosamente, mais à frente, eu pergunto se as notas de Caetano pioraram ou se ele apresentou uma maior dificuldade em acompanhar as atividades escolares. Os pais relatam que não houve mudança. Inclusive apontam uma constância em suas notas, que em todos os momentos mantiveram-se entre 6 e 8. Não considero que as notas sejam a melhor forma de avaliação de alunos, nem a única fonte de conhecimento do desenvolvimento escolar de Caetano. No entanto, têm sido uma referência usada para a construção do diagnóstico de TDAH. No caso de Caetano, o critério das notas contribuiria para desmentir o rótulo, uma vez que se mantiveram na média, mesmo nas escolas que os pais consideraram inadaptables para o atendimento de crianças com TDAH.

Em suas falas, os pais demonstram que o cuidado extra que desejam para seu filho, não é algo que vá além dos direitos educacionais básicos, que são garantidos por lei e não deveriam precisar de um diagnóstico médico para assegurá-los. Trata-se de número adequado de alunos e atendimento às necessidades individuais (Lei de diretrizes e bases, 2010). Percebe-se que os pais consideram que a escola em que Caetano estudou o 1º e 2º anos, apresentava uma situação ideal para seu desenvolvimento. Sendo que essa mesma escola identificou uma inadequação da criança, parece contraditório que a solução seria exatamente um contexto escolar semelhante. Parece haver uma pista quando ao falarem da entrada do filho na escola, os pais recordaram com muito carinho a escola em que Caetano estudou com 4, 5 e 6 anos. Descrevem a proximidade do jardim de infância com a comunidade escolar e como isso era positivo. A tendência a avaliar positivamente é reforçada com o fato de o pai ter estudado lá com a mesma idade. Ao comentarem o processo de alfabetização de Caetano, destaca-se o elogio ao jardim de infância e a crítica à escola seguinte:

Mãe: *Lá ele começou, se eu não me engano, a fazer é... a letra cursiva. E aí, tá. Aí ele fez as coisas... Coisinha bem básica mesmo.*

Pergunto: *Sem dificuldade a professora não relatou nada.*

Mãe: *É. Já na outra escola. Porque no [ano] seguinte ele teve que mudar. Aí já foi aonde que começou, mais ou menos a bagunça da caixa alta, com a cursiva. Aí, eu... se eu não me engano, a professora queria que ele fizesse uma das duas. Eu acho que seria a cursiva... Ele aprendeu a fazer a caixa alta e aí depois era pra continuar na cursiva, aí onde já... Ele começou a se embaralhar.*

Pai: *Ai, os pais... A gente não sabia como cobrar. A gente cobrava aí o professor: “Não. Não precisa se preocupar com isso não. Deixa ele continuar fazendo a que ele se sente mais à vontade para fazer. Não esquentar com isso agora. Isso é lá na frente”. E assim foi. Foi, foi, foi.*

Intervenho: *Mas ele mesmo vocês sentiam que ele tava inseguro? Ou tava tranquilo? Ou era pelas cobranças, como é que era?*

Mãe: *Foi até um período que ele... roía bastante a unha. Foi quando ele começou a roer a unha.*

Pai, em tom pensativo: *Foi engraçado isso.*

Mãe: *Foi até depois. Um tempo atrás que eu falei assim: é acho que ele tava ansioso.*

Possivelmente, na fala das professoras poderemos ter mais pistas para compreender como deste momento de ansiedade com a escrita de letras cursivas e de caixa alta se chega a um diagnóstico de TDAH.

Em relação a mudanças da rotina familiar com o diagnóstico de TDAH, os pais dizem:

Pai: *O tempo de estudo dele também sempre foi muito reduzido. Por recomendação médica... a gente também lia na internet. A gente deixava ele estudar meia hora. Aí parava uns 15 minutos. “Cauê já deu seus 15 minutos de descanso. Volta a estudar”.*

Mãe acrescenta: *Ele fica contando “mãe já deu 15 minutos?”.*

Os pais seguem comentando, um pouco mais, essa rotina dirigida por recomendações médicas, ligadas às limitações de Caetano, devidas ao TDAH. Segundo manual entregue por um dos médicos que atendeu Caetano:

Determine intervalos entre as tarefas como forma de recompensa pelo esforço feito. Essa medida poderá aumentar o tempo da atenção concentrada e reduzir a impulsividade.

Evite atividades longas, subdividindo-as em tarefas menores. Reduza o sentimento de “eu não sou capaz de fazer isso” (Novartis Biociência S/A, 2014).

Uma desestabilização acontece quando pergunto o que mudou dessa rotina depois do novo diagnóstico, que retirou o TDAH de Caetano. O pai claramente se surpreende com a própria fala:

Agora ele não precisa mais parar a cada meia hora... [pausa]. Que engraçado, ele ficou... ficou a vida toda estudando e parando de meia em meia hora, agora, de repente, quando muda o diagnóstico, a gente manda ele pro quarto estudar.. e espera que ele estude 4 horas sem parar.

A mãe também se surpreende e ambos ficam pensando sobre isso. Pergunto se haveriam outras coisas que mudaram e eles comentam do desafio que era (quando Caetano ainda era TDAH) reconhecer que comportamentos seriam puníveis e quais não, por exemplo:

Pai: A gente via ele viajando com o livro aberto quando devia está estudando, mas não sabia se aquilo era ele errado ou se era o TDAH.

Mãe: Também quando ele fazia as coisas, porque estava distraído... Esquecia de fazer alguma coisa que falei. Ele esquece mesmo!

É perceptível a dúvida nos pais que se sentem desempoderados em suas funções parentais. O processo está atravessado por diversas linhas. É possível reconhecer algumas delas, como a concepção de infância, sustentada pela biomedicina, que aparece no diagnóstico de TDAH apresentado pelo DSM-IV. Este propõe que há uma forma normal de ser criança que é definida pela cognição, em uma visão piagetiana, levada para um viés estritamente biológico. Ou seja, os pais precisam dos parâmetros do diagnóstico para serem autorizados em seus comportamentos, para garantir o desenvolvimento adequado de seu filho. Nessa linha se cruzam a concepção de ciência soberana, comentada na fundamentação, com base em discussões de Foucault (1999) e Ternes (2004); do estudo cartesiano do ser humano, discutido por Kuhn (1990); e do poder do diagnóstico em saúde mental que pautei a partir de Harper (2013), Untoiglich (2013), Frances (2013) e Caliman (2013).

Os pais, ao narrarem a formação da família e o desenvolvimento inicial de Caetano, contaram que Jane engravidou três meses depois de terem se conhecido e Eduardo já tinha uma filha de outro casamento. Houve uma tensão com o pai de Jane por conta da gravidez, mas por pressão da mãe ela pôde ficar na casa dos pais, com o apoio de Eduardo. Quando Caetano completou 1 ano o casal foi morar junto e estão juntos até hoje. Destaco a seguinte fala do pai:

Algo interessante a ser falado. Nessa questão da formação do casal e tudo mais. É onde eu acho que possa ter... gerado esse... essa falha que existe no Caetano. Esse defeitozinho que de fato a gente não sabe o que que é. Que pode ser o TDAH ou não. Que é a... hum... ele é prematuro. O Caetano nasceu de 26 semanas.

O pai segue narrando o nascimento de Caetano passo a passo. Cita uma parada cardiorrespiratória que teve ao nascer e de que só ficou sabendo, porque sua avó é umas das enfermeiras que fundou o hospital em nasceu. Em seguida, retoma a ideia acima, dizendo não saber se é coisa de sua cabeça, mas:

Por conta dessa prematuridade dele a gente esperava que ia vir uma série de coisas. Minha vó mesmo falou: “se prepara”. (...) Por incrível que pareça. Caetano agora está com 11 anos a saúde dele é quase perfeita, tirando essa falta de atenção. Ele nunca teve, assim né amor.

O tensionamento entre a dúvida instaurada pela medicina e a crença dos pais na capacidade de seu filho aparece em diferentes momentos de sua fala.

Para dar continuidade à pesquisa e seguindo um roteiro mínimo para a entrevista, pedi que a família me apontasse quem eles consideram que foram atores importantes nesse processo de tornar-se TDAH de Caetano e se eu poderia contatá-los. Autorizaram o contato com todas as pessoas citadas, que eram: as professoras de todas as escolas em que Caetano estudou; os dois neuropediatras que o atenderam e deram diagnósticos opostos; eles dois, pai e mãe; e o próprio Caetano. Estas entrevistas serão apresentadas neste capítulo.

Caetano

A entrevista com Caetano foi feita no campus da Universidade de Brasília na cidade de Ceilândia, onde mora. Caetano e seus pais chegaram satisfeitos, porque, para a surpresa dos três, Caetano havia passado direto, ou seja, não ficou de recuperação em nenhuma das matérias que temiam. Todos se sentiam de férias, como comentaram. O campus estava vazio, pois a Universidade também já estava em recesso. Circulavam poucos alunos e pudemos usar uma sala vazia. Comentei com Caetano e seus pais que estive na escola em que ele havia estudo no 1º e 2º anos e que a professora Aline (nome fictício) havia dito que esperava uma visita deles, pois nunca mais os viu. Esse recado deixou um sorriso no rosto

de todos eles. Levei jogos para brincarmos e conversar descontraidamente enquanto conversávamos.

Ainda com os pais na sala mostrei a eles e a Caetano que havia trazido um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para que ele assinasse assim como seus pais haviam feito. Os pais concordaram que ele deveria autorizar sua própria entrevista e saíram. Como fiz com os pais li o termo explicando com cuidado cada palavra mais complicada. Caetano pareceu entender e disse concordar em participar. Assinado o TCLE, foi a vez de pedir sua autorização para gravar a entrevista. Ele se divertiu com o fato de eu pedir autorização e aceitou sem problemas.

Caetano estava tímido e não tivemos uma conversa muito fluida. Isso poderia ter sido modificado com um maior número de encontros, mas infelizmente não havia tempo hábil para tanto. Por essa razão, a conversa ficou em um formato de perguntas de minha parte e respostas curtas da parte dele, que se alongaram com o passar do tempo. Sendo assim, não há grandes sequências de falas de Caetano, apenas respostas curtas e sucintas. Para que fique agradável a leitura, a entrevista será mais narrada que transcrita. Do mesmo modo que na conversa com os pais, não há um compromisso com a cronologia do diálogo, a entrevista é apresentada com a ordem editada.

Caetano, contou em relação ao remédio, que ele não gostava do sabor e esse era o único incômodo e que às vezes fazia ele prestar atenção e outras vezes não. Em relação ao novo médico ter suspenso a medicação falou:

Bem melhor.

Pergunto: *Mas ele não te fazia prestar atenção?*

Caetano: *Antes.*

Pergunto: *Antes?*

Ele responde: *Quando eu comecei a tomar. E depois não fazia mais*

Caetano comentou que achava que ia ficar de recuperação e que acabou não ficando. Ele falou das disciplinas que gostava e não gostava. Comentou que as disciplinas nas quais ficaria de recuperação eram dadas pelo mesmo professor e que achava difícil, porque o professor falava muito rápido. Falamos do que ele gostava de fazer, como jogar videogame com o pai. Ao falar da mudança de escola, no ano seguinte, ele disse não estar muito

satisfeito, porque sentiria falta de seus amigos. Conversamos sobre isso ter acontecido várias outras vezes. Caetano comentou que costuma ter facilidade de fazer amigos, “muitos amigos”. Ao falar das escolas onde estudou comentou que a escola pública do Guará era ruim, por mudar constantemente de professora e porque os alunos eram muito bagunceiros.

Explica como foram as mudanças quando sua última escola mudou de nome e passou a funcionar de outro jeito. Comenta dos muitos códigos para dar nota e principalmente para retirar pontos de formativa. Procedimento comumente empregado por escolas para disciplinar alunos. Consiste em utilizar uma determinada quantidade de pontos da nota geral, apenas para deduzí-los dos alunos quando não fazem deveres ou não se comportam adequadamente.

Quando já estava mais à vontade, Caetano contou, muito alegre, que estava fazendo curso de coroinha na igreja e narrou tudo que aprendeu lá. Disse estar satisfeito porque em breve iria participar de uma missa como coroinha e seria responsável por tocar o sino. Falou também, com orgulho, que seu pai é músico e viaja quase todo final de semana para tocar. Ao ser perguntado sobre a experiência de ter estudado com os pais no fim do ano, afirmou que gostou de estudar com os pais e que gostaria de estudar mais com eles.

Disse a Caetano que iria visitar os médicos que o atenderam e perguntei se deveria perguntar algo em especial ele falou que não e discorreu um pouco sobre ambos. Falou que uma das muitas vezes que foram ao Dr. Glauco, “acho que era uma cinco da manhã. Já tinha uma fila enorme lá”. Disse que fazia a consulta e depois ficavam para almoçar por lá. Recomendou que eu falasse com a professora Eliane (nome fictício) que era a professora com quem ele ficou mais tempo e que era a que mais o conhecia. (Infelizmente sua escola já estava em recesso quando tentei contatá-la). Perguntei o que ele achava que ela me diria. Certa hora, perguntei:

Ela acha que você tinha dificuldade?

Caetano: *Acho que sim.*

Pergunto: *É? Dificuldade em que?*

Caetano: *De prestar atenção.*

Confirmo: *De prestar atenção, só. Mas de aprender não.*

Pergunto: *E porque você acha... as pessoas acham que você tem dificuldade de prestar atenção.*

Caetano: *Por causa que... eu me distraio muito.*

Comento: *Mas nem todo mundo... Todo mundo não se distrai?*

Reponde: *Mas eu me distraio muito.*

Confirmo e pergunto: *Você se distrai mais do que as outras pessoas. E porque você acha que você se distrai mais?*

Resposta: *Porque eu fico mexendo em um montão de coisa.*

Tento entender: *Você fica mexendo nas coisas? Tipo o que?*

Caetano: *Tipo tesoura...*

Interpelo: *Mas você num tá conversando comigo e num tá prestando atenção?*

Caetano: *Não eu tava mexendo na borracha.*

Tento novamente: *Mas tava te atrapalhando de ouvir o que eu tava falando?*

Caetano: *Não.*

Tento entender: *Mas aí na hora de estudar te atrapalha?*

Resposta: *Hum hum! As coisas que a professora escreve no quadro...*

Pergunto: *Mas você falou que isso não te atrapalha a aprender. Então porque isso é um problema?*

Caetano: *O quê?*

Repito: *Se não te atrapalha a aprender, porque que é um problema não prestar atenção?*

Caetano: *Por causa que, sem prestar atenção... Por causa que eu aprendo lendo o livro. Porque na sala eu não consigo prestar atenção.*

Seguimos nesse tema e tentei mostrar que a falta de atenção dele não era só culpa sua. Para isso, aproveitei seus comentários de que a matéria que mais gostou naquele ano, tinha uma professora que usava recursos que o ajudavam a prestar atenção. Por meio de minhas perguntas, constatou que nenhum outro professor usava recursos como, projetor, trabalhos em grupo e outros. Comentei que talvez pudesse ser mais divertido se os outros professores também os usassem, mas Caetano destacou que para cada matéria da escola há um jeito diferente de se prestar atenção.

Conta detalhadamente sobre sua família: avós, tios e primos, seus nomes e onde moram. Falou das diferentes casas em que morou e de quais mais gostou e menos gostou e dos amigos e falta de amigos em cada endereço. Enumera os animais que já teve, seus

nomes, raças e o que aconteceu com eles, além de falar da satisfação de estar morando numa casa e não em apartamento e do tanto de animais que pode ter agora. Gostou também de enumerar os nomes dos muitos amigos que fez nas diferentes escolas onde estudou. Comentou também dos professores que mais gostou e pergunto:

E qual o professor mais chato que você já teve?

Caetano: *Marta.*

Pesquisadora: *Marta, porque?*

Responde: *Ela me deixava de costas ... (não dá para decifrar).*

Pergunto: *Ela te deixava de costas pro quadro, porque?*

Caetano: *Porque eu bagunçava.*

Tento entender: *Aí, era tipo castigo?*

Ele completa: *É. Aí tinha que virar pra copiar.*

Tento entender: *Como assim? Você copiava o quadro de costas pro quadro?*

Responde: *É!*

Pergunto: *Como você copiava se tava de costas?*

Caetano: *Eu tinha que virar. (Faz uma demonstração retorcendo o corpo para olhar para trás). Aí, eu saía com dor de pescoço.*

Escolho não analisar a fala de Caetano, por achar que será muito difícil não deturpar o que ele falou, especialmente porque suas falas vieram de perguntas específicas. Acredito que a fala dele seja ilustrativa e completa as falas dos pais e de todos os outros atores.

Professoras

Os pais levantaram quatro escolas pós-diagnóstico, dessas, a escola pública em que estudou no 1º e 2º anos do ensino fundamental autorizou as entrevistas de ambos os anos; já a escola pública em que cursou o 3º ano mudou as séries que atendia e disse não ter mais ninguém da equipe pedagógica da época em que Caetano estudou e nem mesmo a documentação; os 4º e 5º anos seguiram em escola particular que foi vendida e não mais teria seus professores acessáveis; por fim, o 6º que estava encerrando-se em escola

particular, que privilegia o conteúdo para o vestibular e pretende iniciar os estudos para concurso público pareceu-me ter pouco a contribuir para uma pesquisa que pretende conhecer a criança para além da superfície. Privilegiar o conteúdo significa: ter salas com grande número de alunos, diminuir a importância do ritmo individual para garantir a transmissão do máximo de informação no mínimo de tempo. Dessas características derivam muitas outras como a impossibilidade dos professores terem um contato individualizado com os alunos. Soma-se a essa visão conteudista características próprias do 6º ano. Sendo essas: a existência de muitos professores, pois agora ao invés de uma professora de referência como era até o 5º ano tem-se um professor para cada disciplina, dependendo da escola mais de um professor por disciplina, quando subdivide-se por tópicos. Desse modo, não poderia contar com um professor de referência. Os próprios pais disseram que esta escola teria pouco a contribuir.

Entrevista com professora Marta (nome fictício)

A entrevista foi feita na sala dos professores, da escola onde Caetano estudou no 1º ano, com a professora Marta, que apesar de ser aposentada lecionava como professora substituta naquela escola em 2010 e agora em 2014 estava de volta. Desde o início, Marta mostrou certa resistência, não aceitando que eu gravasse a entrevista e pedindo para alterar a redação do TCLE, que foi refeito e assinado quando voltei à escola para entrevistar outra professora. Por não ter podido gravar a entrevista, serão usadas as anotações que fiz, incluindo algumas falas literais. Marta, fez questão de dizer que não teria muito a acrescentar. Inicialmente disse lembrar pouco de Caetano, mas que faria um esforço.

Disse que ele estava com 7 ou 8 anos quando foi sua professora, já que estava no primeiro ano. “Comecei a perceber a mudança de lugar da carteira e materiais bagunçados. Não copiava do quadro. Achei que era motor”. Aos poucos foi se lembrando e pediu na secretaria a pasta com registros sobre o aluno. Lemos a avaliação feita pelo jardim de infância e ela me mostrou que já falava em dificuldade de concentração. Mostrou-me um primeiro diagnóstico feito por um médico que não havia sido citado pelos pais. Nesse momento, Marta afirma que os pais não gostaram quando fez o encaminhamento para avaliação com neuropediatra. Ela segue na leitura das páginas da pasta de Caetano e destaca alguns trechos como: “Dispersa-se com facilidade” “dificuldade da escrita”, “dificuldade de coordenação e desorganização”.

Quando lembrou-se melhor quem era Caetano perguntou como ele estava. Respondi que ele estava bem, seguia os estudos com um bom desempenho. Ela se surpreendeu e perguntou se ele não havia reprovado. Comentei que não, que estava bem e sem maiores dificuldades. Estava com 12 anos no 6º ano. Aumentou a expressão de surpresa e ela me perguntou, se ele tinha TDAH. Comentei que o último médico consultado havia feito um diagnóstico rejeitando o TDAH. Marta surpresa mais uma vez, diz que se ele não tem TDAH, deve ter outra coisa. Nesse momento olha para a pasta e desconcertada percebe que faltam anotações suas do ano em que avaliou Caetano. Levanta-se e vai reclamar na secretaria.

Marta tentou manter certo distanciamento, parecia sentir-se avaliada ou questionada, por mais que eu tentasse demonstrar que estava ali para conhecer um pouco mais sobre Caetano, havia pouca mudança em sua postura. Sentiu-se verdadeiramente à vontade, apenas ao falar de sua nova experiência: trabalhar em uma sala apenas com alunos com comprometimentos graves do desenvolvimento. Quando tentei voltar a falar sobre Caetano, Marta retomou sua postura de desconfiança.

Pode-se compreender a resistência de Marta como uma proteção de suas concepções, pois cheguei em seu espaço falando de uma criança que ela não conheceu. Não no sentido de estar no mesmo espaço e falar com a pessoas, mas não conheceu o devir-criança do qual pareço estar falando. Ideia corroborada por Rolnik (2013) ao dialogar com Guattari:

Quando falo em caráter disruptivo da análise, refiro-me a esse trabalho minucioso que consiste em remover dos territórios – individuais, grupais, institucionais, etc. – o entulho de imagens congeladas, as quais, por impedir o acesso à consistência dos processos que estão sendo experimentados, obstruem passagens, emperram toda e qualquer possibilidade de movimento. A dissolução dessas imagens – sair de uma posição meramente defensiva – se faz necessária para resgatar a sensibilidade a tais processos, sem o que não pode haver criação de novos territórios de vida (p. 355).

Marta não deseja ou não consegue sair do território em que vê a criança apenas pelo que conheceu: suas dificuldades e limitações. Desse modo, quando quero saber o que pensa da criança, ela só tem a me oferecer seus registros e os registros de outros profissionais. Minha presença já é uma desestabilização e as notícias que trago sobre o desenvolvimento e desempenho de Caetano configuram-se como uma desconstrução de suas certezas e prognósticos. Diante disso, Marta não deseja prosseguir no diálogo sobre o

tema. Outros aspectos da análise da entrevista de Marta continuam após a entrevista da segunda professora que leciona na mesma escola.

Entrevista com a professora Aline (nome fictício)

Entrevista realizada na sala de aula onde Aline leciona para o 2º ano. Desde o primeiro momento mostrou-se receptiva e interessada pela pesquisa. Comentou ter tido contato com uma professora do departamento onde faço mestrado, devido a uma pesquisa realizada na escola. Comentou que foi uma experiência muito positiva e que trouxe importantes reflexões, inclusive levando-a a pensar em fazer uma especialização em psicopedagogia. Depois de breve conversa introdutória, partimos para a apresentação da pesquisa, com leitura do TCLE, e breve explicação do objetivo da entrevista. Documentos assinados, gravação autorizada, iniciamos a entrevista de 20 minutos. Aline logo lembrou de Caetano e começou a comentar. Aline foi sua professora em 2009, assim que ele chegou à escola vindo do jardim de infância.

Ela lembra que ele era: Assim muito desorganizado. E assim tinha uma dificuldade muito grande de estruturar o caderno, né. Escrever... fazer os movimentos... A coordenação motora dele não era muito boa.

Esse comentário me surpreendeu, pois no meu entendimento o 1º ano é o ano de alfabetização e espera-se uma imaturidade motora.

Pergunto: *Primeiro ano é alfabetização?*

Aline: É alfabetização, isso. Então ele deixava tudo muito jogado. Muito assim... material caía,, sempre torto e a gente... é... é a época que a gente tá estruturando isso. Mas vinha com os outros e com ele demorou mais, né. E aí eu chamava muito a família dele e a família não era muito presente naquela época, não. Eles tavam com problemas... Eu não sei se era tipo separação, eu não me lembro.

A preocupação de Aline fez com que ela consultasse a equipe psicopedagógica:

Na época, foi falado: “será que ele não tem algum problema?” Né, aí eu falei... Foi aí que eu conversei com a equipe. A equipe acho que veio e observou. Psicopedagoga...

Respondo: *Sim. E tem até um relatório. Então foi na sua época, porque a Marta não lembrava. E aí eu falei: “Mas existe esse relatório”. Então você lembra de ter sido do seu... da sua época, o relatório então.*

Aline: Não. Mas eu me lembro que a psicopedagoga virou e falou assim: “Não vamos... como ele tá aprendendo”. Porque a parte de conteúdo ele tava compreendendo. Ele... ele era desorganizado, mas assim ele tava sendo alfabetizado. Ele tava aprendendo a ler e a escrever. Do jeitinho dele com a letra maior, sem assim... Com uma letra grande outra pequena, porque no caso, no primeiro ano eles começam a aprender a escrever dentro da linha. A se organizar melhor, né. Dentro do caderno. Aí, ele tava aprendendo. Eu conversei... A equipe veio, observou e falou: “não a gente tem caso mais gritante, então nós vamos. Peg... você encaminha”. Na mesma turma tinha dois outros casos. (...) Aí, eu encaminhei os outros dois. Pra não ter um... uma sobrecarga. Como ele tava evoluindo na aprendizagem. Só a desorganização. Ela falou: “Não com o tempo ele vai se organizar”. E essa é uma questão também de família

Destaco que diante da impossibilidade da equipe psicopedagógica assumir o caso de Caetano, a professora se conforma e considera que a criança está aprendendo. Me pergunto se, sendo o objetivo principal do 1º ano a alfabetização e Caetano estava conseguindo alfabetizar-se, qual seria o problema que a desorganização citada pela professora poderia acarretar. Buscando compreender pergunto:

E ele se organizou?

Aline: Não. Melhorou, mas não o tanto que deveria ser. Aí ele foi pro 2º ano. Porque, porque ele tava alfabético, né. Então ele... ele não teve problema de leitura e de escrita.

Pergunto: No quê que atrapalhava essa desorganização dele se ele tava aprendendo a ler e escrever?

Aline: Atrapalhava justamente, na organização dele como um todo, né. E eu acho assim, que por exemplo, a gente cobra é... o sistemático, fazer avaliação. Tinha... na época tinha umas avaliaçõezinhas, tudo. E ele muito desorganizado. Eu num sei... A lê e escrever não atrapalhou. No meu não. Mas a gente fica com medo de dá problema lá na frente. Defasagem no 2º ano, que foi o que aconteceu.

Confirmo: Mas ele conseguia responder as avaliações e tudo, mas bagunçado.

Professora: Mas bagunçado.

Pergunto: Mas dava pra entender?

Aline: Às vezes a escrita não. Oralmente ele respondia melhor. (...) E a concentração dele era pouca. Tipo assim, se eu desse seis probleminhas. Ele fazia bem, dois, três. Aí, no quarto e quinto ele já perdia o foco um pouco e aí, já se distraía. Eu tinha. Depois eu tinha que retornar com ele: “Ô Caetano vamõ senta aqui. Vamos fazer”. Tá. Então, precisava de uma atenção mais especial, sim. Que eu me lembro.

Pergunto: Aí, surgiu a questão dos óculos?

Aline sobrepõe a fala: *Aí, ele voltava e fazia. Não é que ele não sabia fazer. Ele se perdia no tempo, espaço.*

Confirmo: *Ele precisava que alguém levasse ele de volta. Mas, aí ele fazia.*

Professora: *Fazia. Então isso aí. Quanto a isso não. Ele precisava de ter precisava... de ter um pouco mais assim de foco. Prende mais atenção dele. Que a gente não conseguia, o que acontecia é que a gente percebia que nos outros tinha e nele não.*

Busco problematizar o conceito trazido pela professora de que Caetano não seja como os outros alunos e ao invés de considerar uma falta sugiro que seja um excesso.

Pesquisadora: *Mas ele também não tinha uma facilidade extrema para resolver essas questões? Era igual aos outros?*

Professora: *Igual aos outros. [pausa] Às vezes, assim eu acho que o raciocínio dele era mais rápido. Em questão da matemática principalmente.*

A partir de uma fala do pai digo: *É ele adora.*

Aline: *Eu me lembro que a abstração, porque a gente faz até a caixinha matemática com bastante material concreto e eles mesmos vão se desprendendo disso. E eu me lembro que ele se desprendeu rápido, né. Ele: “não”. Aí, eu: “como você vai resolver... me mostra qual foi o caminho”. Ele: “Ah, foi pela cabeça, tia”. Porque eles falam.*

Comento: *Até hoje o pai fala que o desafio é ele escrever a resposta, não dá a resposta.*

Aline: *Isso. É isso mesmo. Então num instantinho eu ficava. Aí eu tava trabalhando com o material concreto ali no chão com todos, né. Aí, de repente lá: duas vezes o quatro. Ele já falava oito. Eu: “não espera os coleguinhas todos colocarem”. Porque, aí os coleguinhas ficavam: “é oito”. Eles nem viram. Então é isso mesmo. Ele é muito rápido no raciocínio dele.*

Frente ao reconhecimento da professora de que nem tudo na vida escolar de Caetano era desorganização retorno ao processo de leitura e escrita para ver sua opinião.

Pergunto: *E no português com a escrita?*

Aline: *Não no português ele já tinha mais dificuldade. De produzir texto, né. E de... até mesmo as frases.*

Pergunto novamente: *E interpretação? Era tranquilo?*

Professora: *Não, interpretação quando fazia leitura com ele, aí era tranquilo. Mas aí pra ele se concentrar pra ler também era difícil. Então aí ele tinha dificuldade nessa concentração de leitura.*

Comecei a encerrar a entrevista. Em meio a comentários sobre o que havíamos conversado, Aline comenta sobre como lidava com um de seus alunos que tinha diagnóstico de TDAH, naquele ano. Não resisto e aproveito para problematizar o tema:

O curioso do caso do Caetano é que ele recebeu o diagnóstico no 2º pro 3º ano e aí, agora os pais procuraram um novo profissional e o diagnóstico deu que ele não tem. Então os pais tão muito... desconfortáveis e vão procurar mais uma... outras duas opiniões, porque eles ficaram muito confusos com isso. De repente não tem. Ele já tava tomando a medicação há muito tempo. Então os pais ficaram muito confusos.

Aline: *Mas num existe assim, uma fase de... [ter].*

Respondo: *Oficialmente não.*

Professora: *Não? Quem tem, tem a vida inteira?*

Respondo novamente: *É... Pelos cálculos sim. Pelo... pelos diagnósticos. Oficialmente pelo... Digamos assim, pelo que é comumente aceito é isso. Inclusive cada vez mais tem diagnósticos de adultos, dizendo que é uma questão da infância que permaneceu. Não que foi desenvolvido na idade adulta.*

Aline: *Ah, tá!*

Pesquisadora: *Aí, tem uma série de discussões esse diagnóstico, ele não tem um consenso, né. Nem entre os médicos, nem entre os psiquiatras, nem entre os psicólogos. Tem uma série de discussões, de invalidez...*

Aline: *Eu acredito muito nisso. Eu acredito que tenha uma... uma melhora. Uma resolução. Eu acredito sabe por que? Porque de um ano pro outro mesmo aquele aluno que tá bem, assim... que não tá focado. Independente de remédio, no ano seguinte ele tá mais amadurecido e parece que tá focando mais. E no outro ano um pouco mais. Tem casos e casos, claro, né!*

Reforço: *Então é curioso. Eu tenho essa percepção também, mas aí não seria esse diagnóstico. A gente teria que discutir o diagnóstico.*

Professora: *Não. É que a gente não é médico.*

Discordo: *Não, mas nós somos profissionais que lidamos com a criança. Inclusive quando eu discuto de um diagnóstico de TDAH, quando eu escrevo pro médico eu digo: “se a avaliação é clínica, ou seja é dada pela observação, é do convívio, é do... do conviver. A minha avaliação como psicóloga que vejo a criança toda semana durante 50 minutos é mais clínica do que a dele que viu cinco minutos a criança, e que passou um remédio”. Entende. Então tem que ter relevância nossa observação, não é possível. Né? Num diagnóstico que tem a ver com comportamento. A gente tem muito mais possibilidade de observar comportamentos, o lidar com as coisas. Inclusive as avaliações são todas relativas a isso. “Concluir*

tarefas, não concluir tarefas”. Como é que o... o pediatra, o neuropediatra, ou o psiquiatra que vê uma criança dessa por cinco minutos. Digamos um bom, ele vê dez minutos, ele não tem a mesma possibilidade de avaliar que nós, mas é claro que ele vai ter um olhar diferente. Mas ele tem menos possibilidades, ali de... de comportamentos do que a gente tem.

Aline: É o que falo pra muita mãe, que chega e que o filho foi diagnosticado. É que ela tá assim... Resistindo em dar a medicação. Eu falo: “Mãe essa medicação não é pra sempre. Eu não acredito em medicação pra sempre. Eu acho que é assim: um período pra ele focar. Daqui a pouco tem que diminuir as doses e tirar”.

Pesquisadora: Pouquíssimos deles fazem isso.

Professora: É?

Respondo: A tendência é aumentar. Inclusive a história do Caetano foi essa. Ele começou tomando meio comprimido. Primeiro, bom, ele foi encaminhado por uma questão motora. Pela Marta e o médico nem leu o relatório que ela mandou. Que não foi nem ela que mandou foi a escola que mandou. Falando de uma questão motora e tal. Ele já diagnosticou como TDAH de cara e já deu meio comprimido. No ano seguinte ou seis meses depois já era o comprimido inteiro, depois já estava em um comprimido e meio os pais: “Peraí, peraí! Ninguém tá vendo piora nenhuma, porque que tá aumentando. A gente não viu uma melhora estupenda com meio comprimido nem com um comprimido, nem com um e meio, porque que tá subindo a dosagem se ele não tá pior?” Aí, os pais começaram a ficar preocupados, né.

Aline: E tá até hoje na medicação?

Repondo: Não. Então...

Aline: Ah, tá!

Continuo: Com esse último diagnóstico disseram que não era. Que deu na verdade que ele não tem TDAH, então suspendeu imediatamente a medicação. Inclusive os pais procuraram outra opinião porque pra eles não teve mudança nenhuma com medicação ou sem med... Com ou sem medicação é a mesma coisa. As dificuldades são as mesmas, as facilidades são as mesmas. As notas se mantêm, as disciplinas que ele gosta e que ele desgosta são as mesmas. Tem muito mais a ver com ele gostar do professor ou não.

Aline: Sim!

Prossigo: Então os pais começaram a se questionar nesse sentido. E demorou um pouco, porque eles precisavam ter o plano de saúde pra poder ter acesso a esses médicos diferentes. E então esse último, pela mesma avaliação que ele [Caetano] fez da outra vez deu que não. Só que ao mesmo tempo os pais falaram: “como é que um dá que sim e outro dá que não e a divergência entre os exames em si é quase nenhuma”.

Professora: Eu questiono isso também, porque eu já vi acontecer aqui. Crianças pequenas, né. Tá comigo, tá, não tá bem. Aí, muda de sala ou vem pra mim ou vai

pro outro, né. Há troca de professor a criança muda. Sem medicação. Existe isso sim.

Reforço: A gente sabe que a aprendizagem é muito mais complexa do que se tem um problema na cabeça da criança ou não. Existem mil fatores que vão interferindo. Inclusive os pais tiveram um grande aprendizado agora no final do ano. Porque ele sempre foi aluno mediano, de notas medianas. E em algumas disciplinas que ele gosta menos, teve um pouco mais de dificuldade. Como história e geografia, inclusive, porque esse ano, o professor ele detesta e é o mesmo das duas disciplinas. E aí os pais sentaram para estudar com ele com medo que ele ficasse de recuperação. As notas dele dobraram. E eles não estavam com ele para fazer a prova, mas houve uma dedicação, uma forma de estudar diferente.

Aline: E essa participação da família é assim... É muito importante. Muito mesmo. E não importa a idade.

O diálogo com a professora Aline trouxe um elemento próprio da proposta deste trabalho, a dúvida. Ela permitiu-me conhecer suas dúvidas, desestabilizar suas certezas e que construíssemos juntas novas possibilidades de entendimento de nossas práticas, que fortalecessem nossas opiniões. Ao ouvir a entrevista pela primeira vez questionei-me por ter falado tanto nessa entrevista, mas ao recriar os dados, inserindo-os em tudo que havia escrito, reconheci que essas falas eram as falas de uma pesquisadora que cartografa. Ou seja, não seria possível entregar-me ao plano da experiência sem envolver-me e deixar de compartilhar as muitas reflexões e problematizações que faziam parte da minha vida nos últimos dois anos. Assim, apesar de achar que deveria ter deixado mais silêncios e que Aline pudesse construir sozinha suas reflexões, reconheço que sou aprendiz-cartógrafa.

Analisando a entrevista das duas professoras, percebe-se que em ambas há falas que remetem à relação entre educação e saúde. Estas ligam-se a outras que demonstram a construção de uma conceituação do desenvolvimento infantil biológica vinda da medicina e de seus diagnósticos, mas que no caso de Aline se opõem a outras concepções divergentes de infância que constroem-se em sua prática. Marta talvez possua algumas concepções de desenvolvimento infantil, mas não foi possível acessá-las.

Outras linhas que aparecem e que gostaria de destacar estão ligadas à posição das duas professoras de buscarem um diagnóstico para Caetano considerando a possibilidade de um futuro com problemas, sendo que as características, quase que exclusivamente comportamentais, que as incomodam não interferem diretamente na aprendizagem.

Diante desta constatação, é preciso buscar explicações não pedagógicas para tais encaminhamentos. Estes podem ter suas bases tanto no passado como no presente. Retomando as reflexões da fundamentação teórica, as concepções do passado, que parecem traçar linhas transversais, nas falas de ambas as professoras, vêm do pensamento higienista do século XIX. Por exemplo, remonta àquele período o entendimento de que um comportamento específico é exigido, para ter alunos aptos à aprendizagem. Concepção estruturada em um estudo do ser humano, viabilizado por tecnologias da medicina, que permitem estabelecer uma forma normal de ser e agir. A partir desse ideal de normalidade comparam entre si seres humanos complexos, por meio da redução destes a características biológicas ou cognitivas por exemplo.

Entre as linhas, cujas bases provavelmente encontram-se em um passado recente e que se fortalecem no presente, pode-se realçar: o poder da biopolítica que envolve a tecnologia regulamentadora da vida e a tecnologia disciplinar do corpo. Este aparece no discurso biomédico, presente no diagnóstico citado e naturalizado pelas professoras. Manifesta-se também na concepção hegemônica de infância que insiste em atravessar a fala das professoras, perpassada por conceitos de normalidade e adequação. Chega a fazê-las negar a criança do plano da experiência, que no contato direto transborda e configura-se como potência, próxima da descrição de Larrosa (2000). Essa ideia do autor revela-se no diálogo com Aline, sobre seu entendimento do TDAH e do uso de medicação, modificado após terem sido problematizadas as dificuldades de Caetano e ela ter podido enxergar suas potencialidades.

Ao oferecer a Aline a possibilidade de construção de uma narrativa que não fosse centrada no diagnóstico, como delimitado pelos biodiagnósticos, de acordo com Caliman (2013), viabilizou-se o reconhecimento da complexidade da criança. Ela passou então a uma narrativa que não desconsidera o diagnóstico ou as dificuldades de Caetano, mas que constrói a necessidade de um novo diagnóstico, ou explicação, que comporte o devir-criança, devir-aluno e devir-Caetano em toda a sua complexidade.

Médicos

Para melhor entender a relação entre educação e saúde e a construção de práticas medicalizantes, nas escolas e na sociedade, contatei os dois neuropediatras que atenderam

Caetano. Infelizmente só foi possível entrevistar um deles. O médico Glauco, (nome fictício), já no contato telefônico, colocou empecilhos para conversar pessoalmente, entre as várias exigências, chegou a pedir-me uma autorização da família, por escrito e com firmas reconhecidas em cartório. A documentação foi providenciada, mas não usada, por dificuldades de contato com Glauco e limitação do tempo para dedicar-me apenas a conseguir esta entrevista.

Já o médico Jânio, (nome fictício), mostrou-se receptivo desde o primeiro contato e permitiu uma conversa fluida, com muitas informações. O consultório de Jânio fica em um shopping de uma cidade satélite de Brasília. Sobe-se de elevador panorâmico e adentra-se uma sala de espera ampla com ar condicionado e com atendimento por senha eletrônica. A clínica, que em seu nome agrega um termo ligado a neurológico e uma palavra que remete a estupendo em inglês, é composta por uma gama de profissionais ligados à neurologia e aos tratamentos mais comuns dos distúrbios mais populares, como o TDAH. Jânio é um dos sócios da clínica e logo me recebe entre um paciente e outro.

Não se interessa muito pelo TCLE e parece estar se divertindo com a minha presença e com a entrevista. Apresento-me como pesquisadora da Universidade de Brasília e falo da pesquisa já que não quis a leitura do TCLE. A entrevista não foi gravada, portanto serão apresentadas informações anotadas no momento da entrevista com trechos de falas literais. Ele abre em seu computador o prontuário de Caetano, depois de pedir o nome completo e data de nascimento. Digo também a data aproximada da consulta. Jânio lendo o prontuário diz que Caetano e família estiveram com ele nos dias 05/06 e 29/06/2014. Na primeira data vieram para consulta, na qual relataram que não viam diferença na criança com o uso da medicação.

Desta consulta resultou a retirada da medicação e o pedido de exames, P-300⁷ e eletroencefalograma. Pergunto para que serve cada exame. Segundo Jânio o P-300 avalia atenção. Comento que apenas no Distrito Federal este exame é usado para dar o diagnóstico de TDAH. Jânio logo diz “Ele não define. Se for positivo pode ser que sim e pode ser que não [tenha diagnóstico de TDAH]”. E digo, mas então para que serve o uso

⁷ “O potencial cognitivo P300 é um potencial evocado auditivo de longa latência, gerado a partir da discriminação de um estímulo auditivo raro, dentre outro freqüente, de mesma modalidade e características físicas diferentes, também chamado de *Oddball Paradigm*. É considerado como um potencial cognitivo, ou resposta relacionada a evento, pois depende da atenção e discriminação do paciente ao estímulo raro que ocorre em intervalos aleatórios” (Duarte, Alvarenga e Costa, 2004, p. 781).

deste teste se não determina o diagnóstico, ao que ele me responde que: “é só algo a mais”. Ele passa para a explicação do eletroencefalograma: “Serve para acompanhar a Ritalina® [nome comercial do metilfenidato], para acompanhar crises de ausência e crises convulsivas por conta do medicamento”.

Comento que existem controvérsias quanto à eficácia da Ritalina®, lembrando-me das discussões de Moysés e Collares (2011 e 2013) em seus muitos livros e artigos, falo que há quem diga que seus efeitos seriam os efeitos da toxicidade da droga. Ele me responde que não há dúvida quanto ao uso do medicamento e que inclusive ele poderia me colocar em contato com vários de seus pacientes para quem fez maravilhas. Retruco dizendo que não duvido que haja pessoas para quem funcione, mas queria saber sua opinião sobre a questão. Jânio responde: “o TDAH sempre responde à Ritalina®. Às vezes prescreve-se Ritalina®”. Jânio levanta-se, abre uma pasta e pega uma caixa organizadora plástica, comumente usada para separar parafusos ou bijuterias, e de uma das muitas divisórias com comprimidos cor de rosa, pega três de um mesmo compartimento e volta a sentar-se, enquanto me responde.

Mais à frente, durante a entrevista, toma a medicação e em outro momento me explica que tem Parkinson, por isso tomou os comprimidos e treme-se. Aproveitei o comentário para perguntar se foi sua própria questão neurológica que o levou a escolher a neurologia como especialidade. Jânio explica que já estava na residência em neurologia quando descobriu a doença, esse tipo raro chamado de Parkinson precoce. Conversamos um pouco sobre suas escolhas na medicina e como e optou especificamente pela neuropediatria. Em sua fala não há uma motivação específica e diz que não queria lidar com “adultos peludos” em suas palavras e que “as crianças são mais bonitinhas”.

Retomando o caso de Caetano: ao falar da segunda data em que Caetano e família estiveram em seu consultório, Jânio diz que retornaram com exames normais. Então suspendeu definitivamente a medicação e fez encaminhamento para uma avaliação neuropsicológica. Perguntei o que era e ele imprimiu um papel que costuma dar às famílias (anexo 2). Explicou-me que são aplicados testes durante quatro sessões. Pergunto se ele tem algum profissional que costuma indicar e ele me diz que tem um profissional na própria clínica que faz isso, “mas não tem convênio, por isso a maioria dos pacientes não traz”. E diz que será provavelmente o que acontecerá com Caetano.

Comento da dificuldade de fazer contato com o outro neuropediatra e das exigências documentais que me fez. Jânio diz que existem médicos que tem medo de processo, mas ele não. Digo que foi aquele que deu o diagnóstico e passou a medicação, a qual não parecia fazer diferença para Caetano e seguia sendo aumentada. Jânio diz não surpreender-se, pois Glauco “deve ser o número um em prescrição de Ritalina®”. Lhe questiono se foi por saber disso que quis rever o caso de Caetano e para a minha surpresa ele responde: “se ele é o número um eu sou o número dois”. Fico estarecida e falo: “Mas o que então o fez rever o diagnóstico?”. Ele me diz que foi a reclamação da família de que a Ritalina® não fazia efeito e o fato de não ter reclamação da escola. Digo: “Reclamação da escola define diagnóstico?”. Sua resposta é que não, que é apenas um ponto de partida, mas sempre tem a pergunta: “Como tá na escola?”. Pergunto se ele é da política de prescrever a medicação todos os dias, o ano inteiro. Ele diz: “sábados, domingos e feriados, e férias não toma”.

Indago se considera os dois comprimidos que Caetano tomava uma dosagem excessiva. Imediatamente coloca que 70 mg é o máximo, pergunto se é independente de idade e ele diz que sim, não entendendo meu incomodo. Comenta que Caetano usava apenas 20 mg, logo não era muito. Passo para à questão dos efeitos colaterais e sua explicação é a de que existem efeitos colaterais impeditivos que são: melancolia e taquicardia. Os mais comuns, mas que não são impeditivos são perda de apetite e dor de cabeça, para os quais costuma-se dar outros medicamentos para eliminar. Diante das minhas perguntas sobre efeito colaterais e questionamentos à medicação ele esclarece: “nos casos em que a droga funciona é maravilhoso”.

Nesse momento ele me entrega um kit impresso em papel fotográfico que é uma pasta e um panfleto e diz que costuma dar a seus pacientes com diagnóstico de TDAH e que posso levar. Durante a análise, ao final do relato da entrevista descreverei em detalhes o material e sua origem. Jânio diz que é o número dois em prescrição devido ao grande número de pacientes que atende, que costumam ser 600 pacientes por mês. Em certo momento, quando comento que sou psicóloga clínica, o neuropediatra diz que costuma encaminhar seus pacientes para fazerem acompanhamento com psicopedagogo. E que costuma cobrar nas consultas seguintes, que tenham atendido a recomendação. Ressalta que entre os exames do Caetano houve o preenchimento do SNAP IV pelos pais e pela escola.

O SNAP IV é um questionário desenvolvido para definir o diagnóstico de TDAH a partir dos critérios do DSM-IV, os quais orientam o diagnóstico e prescrição da medicação conforme bula da Ritalina®, versão para médicos, disponível no site da Novartis (laboratório que produz a droga):

Ritalina® é indicada como parte de um programa de tratamento amplo que tipicamente inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais, direcionadas a pacientes estáveis com uma síndrome comportamental caracterizada por distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade. O diagnóstico deve ser feito de acordo com o critério DSM-IV ou com as normas na CID-10.

Visão compartilhada por Jânio, que em relação às minhas perguntas, tanto sobre a validade do diagnóstico de TDAH, como sobre a eficácia da Ritalina®, olhou-me como quem ouve alguém duvidar de sua fé ou de seu Deus. O que no caso, não seria uma analogia tão distante se considerarmos que por um lado a ciência assumiu o lugar da religião para responder a diversas questões e para validar ideias e concepções. Como descrevem Paulon e Romagnoli (2010):

A primazia da racionalidade em detrimento de outros modos de acesso ao conhecimento surge como efeito de um momento da história em que a migração do pólo religião para o pólo razão testemunhava o avanço progressivo da ação do homem sobre a natureza. Nesse deslocamento, a criação humana da ciência – determinista e matematizada – apropria-se, de certa maneira, do lugar de Deus. (p. 86).

Por outro lado, essa analogia à fé e a Deus também faz sentido se pensarmos nos grupos que formam as comunidades científicas como propõe Kuhn (1990):

Uma vez que ali o estudante reúne-se a homens que aprenderam as bases de seu campo de estudo a dos mesmos modelos concretos, sua prática subsequente raramente irá provocar desacordo declarado sobre pontos fundamentais. Homens cuja pesquisa está baseada em paradigmas compartilhados estão comprometidos com as mesmas regras e padrões para a prática científica (p.30).

Jânio faz parecer que questionar o diagnóstico e a medicação do TDAH seria o mesmo que questionar a medicina. Em alguma medida a percepção é verdadeira. Se considerarmos o paradigma de Kuhn como a epistemologia que sustenta, simultaneamente, a medicina e o diagnóstico, eu estaria questionando a própria medicina, ao questionar o

diagnóstico de TDAH. Este foi, aliás o caminho feito ao longo da fundamentação teórica, quando para problematizar os diagnósticos psiquiátricos foi preciso retomar a estruturação da medicina e seu status na sociedade contemporânea.

Talvez o comentário mais surpreendente e revelador de Jânio tenha sido o de que Glauco seria o número um em prescrições no Distrito Federal, feito com certo desprezo, e seu esclarecimento de que ele seria o número dois, com entonação de orgulho. Surpreendente e reveladora, porque não achei que encontraria essa relação com a indústria farmacêutica tão exposta em uma fala, inclusive parece uma complementação à minha própria fala, quando cita o boletim farmacoepidemiológico da ANVISA, colocando o Distrito Federal como o estado com os médicos campeões em prescrição. Como se ele quisesse esclarecer que tinha uma informação mais atualizada que a minha. Pode ser uma impressão que eu tenha e apenas pareça ter sentido. Mas, ao sair da entrevista e olhar o material da pasta e do panfleto, com a logomarca da Novartis (laboratório farmacêutico) em destaque, além da leitura do material, essa impressão começou a parecer um fato. Minha impressão pode vir do fundo incomunicável do que acontece entre duas pessoas. Guattari explica que: “há sempre também uma espécie de limiar assignificante, uma espécie de relação da apreensão que é da ordem do afeto, da interrogação muda” (Rolnik e Guattari, 2013, p.356).

A entrevista de Jânio e os empecilhos colocados por Glauco configuram um rizoma que tem seu território estruturado no plano da biopolítica, com todos os elementos propostos por Foucault ao construir este conceito. Segundo Foucault (2010):

Temos, pois, duas séries: a série corpo – organismo – disciplina – instituições; e a série população – processos biológicos – mecanismos reguladores – Estado. Um conjunto orgânico institucional: a organodisciplina da instituição, se vocês quiserem, e, de outro lado, um conjunto biológico e estatal: a biorregulamentação pelo Estado (p. 2010).

Tanto a organodisciplina como a biorregulação pelo Estado atravessam o rizoma da medicina, apresentado na entrevista e sua relação com a escola. Na história diagnóstica de Caetano, o encaminhamento da professora da escola pública é uma pista da biorregulação do Estado e da naturalização da relação escola-medicina. Ambos, objetivando a adequação da criança ao sistema escolar e à vida em sociedade configuram a própria organodisciplina.

O autor, oferece outra possibilidade de entendimento da atuação da medicina, em um levantamento de suas grandes funções da medicina em nossa sociedade. Foucault, em 1972, descreve o seguinte:

1. (...) Ora a medicina funciona, em nossa sociedade, como prática individualista de *tête-à-tête*, de diálogo “médico-doente”, como dizem no segredo.
2. ... uma das grandes funções da medicina de nossa sociedade é manter, reconduzir, apoiar todas as diferenças, todas as exclusões que pode haver em questões de idade e de meio: a medicina operária não é a medicina burguesa, a medicina das crianças não deve ser a dos adultos etc.
3. (...) Ora desde o século XVIII uma das grandes funções da medicina, da medicina psíquica, psiquiátrica, psicológica, neurológica, foi precisamente substituir a religião e reconverter o pecado em doença, mostrar que aquilo que era um pecado talvez não fosse punido naquele tempo, mas certamente o será agora. Essa foi uma das grandes funções de medicina no século XVIII.
4. ... medicina como guardiã da moralidade, da moralidade simplesmente.
5. ... a medicina teria ao mesmo tempo função judiciária. A medicina define não somente o que é normal e o que não o é, mas, por fim, o que é lícito ou ilícito, criminal ou não criminal, o que é abuso ou prática maligna (Foucault, 2011b, pp. 305 e 306).

Pode-se entender as barreiras colocadas por Glauco, para que eu o entrevistasse, como uma defesa do funcionamento tradicional da medicina, ou seja, ao querer adentrar seu consultório como pesquisadora e não como paciente eu profanaria esse espaço, ao desejar saber de seus prontuários não sendo médica eu rompo o segredo da relação “médico-doente”. Em muitos aspectos, meu contato e proposta de pesquisa são uma ameaça.

6.2 ZONAS DE SENTIDO

Para melhor articular a análise processual feita ao longo da apresentação de cada entrevista, com os construtos da fundamentação teórica, serão empregadas as, anteriormente citadas, zonas de sentido. Elas se originaram daquilo que aparece de forma marcante em mais de uma entrevista e/ou análise; ou daquilo que não aparece, ou melhor, que está oculto nas entrevistas, mas mostra-se no conjunto. Deste modo, definiu-se três

zonas de sentido: *o humano Caetano; devir TDAH de Caetano e o Caetano que transborda do TDAH.*

Cabe destacar que cada zona de sentido não é um corpo de sentido isolado, elas se articulam em diversos momentos e contextos, compondo sentidos complexos que nos permitem aproximarmo-nos do processo de tornar-se de Caetano, mas aqui por priorizar a clareza e reconhecer que algumas articulações escapariam dada a complexidade das zonas e de seus entrelaçamentos, optou-se por descrevê-las separadamente.

6.2.1 Zona de sentido: O humano Caetano

Ao longo do trabalho, as duas concepções de ser humano apresentadas na fundamentação teórica apareceram e confrontaram-se. Uma hegemônica, que descreve o humano como biológico, redutível, com desenvolvimento linear, em resumo, um ser racional/coerente; e outra contra hegemônica, que o percebe como complexo, paradoxal, em eterno devir, ser com uma cognição inventiva, em resumo irredutível a um único termo. Ainda na leitura do prontuário de Caetano a concepção de ser humano contra hegemônica se apresenta, mas se sustenta pela negação da concepção hegemônica e conforme análise feita, acaba por retirar parte da complexidade de Caetano.

Já para os pais, Caetano ora é o ser humano hegemônico redutível ao seu diagnóstico, ora é o devir-criança em toda sua potência e seu transbordamento. Jane e Eduardo tentam acomodar esses dois entendimentos paradoxais que têm de seu filho ao lidar com ele ou falar dele. Esse paradoxo aparece na dúvida dos pais ao não conseguirem interpretar as atitudes do filho para enquadrá-las como preguiça ou como uma dificuldade decorrente do diagnóstico, esperando uma determinação da medicina que já não é plenamente reconhecida pelo casal. Lembrando a crise que precede uma revolução científica narrada por Kuhn (1990). Outro momento na entrevista dos pais, é quando o pai aponta a falta de oxigenação do filho ao nascer, como sendo uma causa de suas dificuldades, assumindo o olhar biologizante e determinista do desenvolvimento, e imediatamente depois o nega, ao afirmar que a consequência é mínima, ou seja, não é tão determinante frente a potência de um desenvolvimento baseado na inventividade. Relembrando Larrosa (2000) ao estabelecer o quão inquietante e incapturável a infância é.

Já na fala das professoras, reconhece-se de imediato uma fala próxima da concepção cartesiana de ser humano em que o diagnóstico faz sentido e parece capaz de definir Caetano. Mas, em um segundo momento, em ambas as entrevistas é possível perceber-se a criança que transborda, e desconcerta Marta e encanta Aline, a ponto de reconstruir o diagnóstico.

Por fim, na fala de Jânio, temos protocolos e limiares de desenvolvimento que refletem de modo mais extremo o conceito de ser humano da medicina, área de conhecimento que estabelece os parâmetros do ser humano hegemônico. Jânio, ao rever o diagnóstico de Caetano não se interessa pelas consequências do diagnóstico, acredita que seguiu protocolos e analisou evidências que o levaram a uma posição técnica, neutra, impessoal, imparcial e livre de juízo moral. Não entendendo minhas dúvidas e questionamentos, por seguir os preceitos, do pensamento cartesiano, descritos por Bordo (1986), em que a fé no método se sobrepõe aos discursos.

6.2.2 Zona de sentido: Devir-TDAH de Caetano

A linha transversal do processo de tornar-se TDAH de Caetano constrói um devir específico e próprio de Caetano. Em sua própria fala reconhece-se a fala do médico, das professoras e dos pais. Caetano reconhece-se como TDAH, naquilo que forma sua identidade e seu modo de ser. A retirada do diagnóstico livrou-o de tomar o remédio, mas não permitiu uma ressignificação de sua identidade. O diagnóstico de TDAH ainda está em seu processo de subjetivação, apresentando-se como um devir-desatento, devir-aluno, devir-aprendiz, devir criança-que-ainda-não-se-tornara-como-as-outras.

A percepção inicial das professoras de que Caetano não era como os outros e que isso traria consequências negativas para seu futuro, inscreve-se na criança que agora está vivendo o futuro temido. Como na fundamentação, ao citar Pulino (2001), aqui o devir-aluno de Caetano não é exatamente o proposto pelas professoras, mas é atravessado por esse devir-particular, que não está apenas na fala das professoras, mas também na fala de seus médicos e de seus pais. Esses últimos, como trazido no trecho em que o pai fala das mudanças pós-novo-diagnóstico, parecem ter acolhido um novo modo de existência para o filho definido pelo ser biológico, descrito pelo novo diagnóstico médico, em que Caetano não é mais TDAH.

Temos aqui outro confronto de concepções para um mesmo menino, coexistem um Caetano TDAH e um Caetano não-mais-TDAH, sendo que o segundo ainda não é parte da identidade de Caetano, pelo menos não em sua fala. Ou seja, tanto na fala de Caetano, como na surpresa de seus pais quando reconhecem não ter levado em conta os anos em que Caetano foi descrito, especialmente como estudante, como um menino TDAH, há a pista de que Caetano introjetou ser um menino TDAH, mesmo afirmando que acha que o médico acertou ao dizer que ele não tem o transtorno. Como o devir não é um processo linear e compartimentado, é possível supor que o devir-TDAH inscrito na subjetividade de Caetano não atravessa apenas seus devires ligados à escola ou à aprendizagem, deve perpassar outros devires-particulares de Caetano.

Esse processo que se assemelha ao de estudantes universitários que tive a oportunidade de conhecer ao debater medicalização e TDAH, em diferentes turmas em que fui convidada a falar na Universidade de Brasília. Esses constituem o objeto de estudo de uma querida colega do Laboratório *Àgora Psyché*. Os estudantes contam que ao ingressarem na universidade seus diagnósticos não oferecem mais as mesmas garantias de direitos que vinham assegurando ao longo dos anos escolares. Assim, alguns descobrem que não eram desatentos, diferentes ou outros adjetivos que os definiam como TDAH; outros alunos ficam desamparados, exigindo o trabalho de especialistas, dentro ou fora da universidade, por não conseguirem desconstruir e/ou ressignificar seus diagnósticos. Esse processo acontece na universidade tanto pela mudança das características no modelo de educação que é mais autônomo, em comparação com o ensino médio, como por ser nessa faixa etária que os neuropediatras deixam de atendê-los, por não serem mais crianças e, assim, muitas vezes abandonarem a medicação e o diagnóstico. Mas o diagnóstico não os abandona, como no caso de Caetano.

6.2.3 Zona de sentido: O Caetano que transborda do TDAH

Como falado nas outras duas zonas de sentido, Caetano não é atravessado apenas pelos devires descritos, ele também é o menino que faz contas rápido, segundo a professora Aline; o menino que quer ser coroinha, que faz amigos fácil, que gosta de ciências, que passou direto e que ganha no videogame, segundo o próprio Caetano. Ou seja, temos pistas que apontam para devires de Caetano que podem romper o devir-TDAH, que ainda se

inscreve em sua subjetividade. Em um momento da entrevista com os pais, em que sugeri que Caetano parecia ter uma vida interna muito intensa e por isso parecia mais desatento, seus pais começaram a enumerar situações em que essa intensidade era externalizada, como na composição de músicas, na capacidade de brincar com qualquer objeto e começaram a reconhecer devires de Caetano que nunca tinham nomeado.

Esses outros devires apontam para uma reflexão feita na fundamentação teórica, em que destacava-se que a ciência é uma construção social. Logo, as concepções de doença também o eram, ou seja se é possível construir a doença, também deveria ser possível construir a não-mais-doença ou a “desdoença”. No caso de Caetano, apesar de ser legitimado pela medicina com o novo diagnóstico, o caminho de construção de uma não-mais-doença, não disporá da mesma quantidade de recursos para desconstruir o diagnóstico, que teve ao construí-lo. Ou seja, os atores da escola, provavelmente, não irão discutir com a família o não diagnóstico de Caetano, como uma especificidade que mereça atenção, não haverá uma especialidade médica para os ex-TDAHs ou sem diagnósticos, os pais não poderão mais descrever Caetano e seus dificuldades como tendo um caráter médico, entre outros.

A ressignificação de um diagnóstico psiquiátrico é um processo contra hegemônico de grande complexidade e que pode levar à busca de uma nova bioidentidade se admitirmos que o desamparo da família e da criança, ou de qualquer sujeito, nesse processo, possa ser entendido como a perda de direitos, vantagens e cuidados. Essa é apenas uma possibilidade. Devido à complexidade do processo, não há como estabelecer todos os caminhos existentes. Resta reconhecer que a consequência de um diagnóstico psiquiátrico ultrapassa o nome de uma doença, é de fato a construção de uma identidade, de uma subjetividade, de uma compreensão que o adoecido passa a ter de si e que o mundo passa a ter sobre ele, existindo ou não o transtorno, estando correto ou não aquele diagnóstico para aquele indivíduo.

O importante, nesse encontro entre identidades – a hegemônica e a contra hegemônica – é reconhecer-se que cada ser humano, criança, jovem, adulto, ou idoso, experiencia de modo singular o processo de tornar-se TDAH, em contraposição a um resgate do tornar-se livre do TDAH. Esse é um processo de resistência ao dado, ao determinado pelo outro. O conflito, o paradoxal, é, nesse sentido, rico de possibilidades para a construção da identidade da criança, na medida em que ela não é definida

passivamente pelo outro, mas ela própria participa dessa construção, dessa invenção do mundo e de si mesma.

Análise do processo – cartografia das interações

A possibilidade de acessar essa diversidade de atores permitiu desenhar a complexidade das relações entre os atores, e em especial, dos pais de Caetano, com os profissionais que participaram de seu tornar-se TDAH. Não foi possível acessar todas as pessoas e instituições que estiveram presentes em sua vida, desde os sete anos até o presente, mas não me parece que isso fosse necessário. Os dados construídos neste trabalho oferecem inúmeras pistas para se pensar o que pode significar um diagnóstico de TDAH, suas consequências, bases e funções exercidas em nossa sociedade.

Em relação à medicina, Foucault em seu primeiro parágrafo de *Médicos, juízes e bruxos no século XVII*, de 1969, traz uma análise que poderia ser o resumo do que se levantou em relação à medicina neste trabalho:

Os etnólogos sabem muito bem que a medicina pode ser analisada em seu funcionamento social: e essa análise não incide apenas no personagem médico – com suas potências, seus segredos, suas ameaças e prescrições, e a força de inquietude que ele detém –, uma vez que, de mais amplo, incide sobre as formas de sua prática e sobre os objetos a medicalizar. Cada cultura define de uma maneira particular o domínio dos sofrimentos, das anomalias, dos desvios, das perturbações funcionais, dos distúrbios de conduta referidos à medicina, que suscitam sua intervenção convocando de sua parte uma prática especificada. No limite, não há domínio que pertença de pleno direito e universalmente à medicina (Foucault, 2011b, p. 284).

O interesse, ao desenvolver essa pesquisa, era justamente levantar como nossa sociedade, hoje, estava convocando a medicina a atuar diretamente sobre as crianças, em questões que nos pareciam escolares ou pedagógicas. Por isso, também interessou entrevistar professoras e foi fantástico ter acesso a duas professoras que estiveram presentes na construção da suspeita e na efetivação do diagnóstico de TDAH. As posições divergentes das professoras, revelaram a singularidade do devir-professora, enquanto seus comentários convergentes, em relatos narrados a partir do diagnóstico, trazem o que há de comum nesse processo. A possibilidade de problematização do diagnóstico e da atuação de

professoras frente à medicina, que aconteceu com Aline, oferece pistas de como se pode buscar caminhos menos medicalizantes na escola e na sociedade.

Por sua vez, a família e Caetano trouxeram uma luz sobre o desafio que é viver um diagnóstico. Ter o convívio familiar redefinido por uma bioidentidade, que coloca os pais em dúvida sobre o que vivem, pois não sabem mais se o que conheciam ser Caetano ainda é válido. Mais desafiador tem sido para os pais desconstruir a bioidentidade que aparentemente não define apenas Caetano, mas seus pais e as relações familiares. A análise das entrevistas e do processo de pesquisa propõe que é possível duvidar e questionar o diagnóstico de TDAH sem invalidar as dificuldades e a história de uma criança e de sua família. Mas é preciso conhecer como essa bioidentidade se estrutura e reconhecer a complexidade que envolve assumir ou abrir mão de um diagnóstico em saúde mental como o TDAH.

O DESCOMEÇO DE UM PROCESSO OU O PROCESSO DE UM DESCOMEÇO

À guisa de conclusão

Ascendemos paixões no rastilho do próprio coração. O que amamos é sempre chuva, entre o voo da nuvem e a prisão do charco. Afinal, somos caçadores que a si mesmo se azagam. No arremesso certo vai sempre um pouco de quem dispara.
(Mia Couto, 2013)

O incômodo que experimentei trouxe na apresentação deste trabalho foi o motor de partida para minhas buscas de compreensão do TDAH e me levou ao mestrado e à escrita da dissertação. Agora, percorrido o mestrado e caminhando na escrita, percebo que meu incômodo tornou-se inquietude. Expressão usada no sentido proposto por Larrosa (2014):

A inquietude (...) começa no cérebro e mina nossa relação com o espaço, destruindo sua familiaridade e suas certezas, e convertendo-o em asfixiante. (...) a inquietude pertence sobretudo às crianças e aos viajantes. Um dos sintomas da inquietude poderia se chamar de: nostalgia dos espaços abertos. Quando isso ocorre, a pergunta essencial não é a inofensiva e narcisista “quem sou?”, e sim a perturbadora e perigosa “o que faço aqui?” Por isso aqui, no limbo, o principal não é interrogar o que somos, e sim onde estamos. E isso para partir imediatamente (pp. 104 e 105).

Acredito que esta dissertação é o começo de uma caminhada para responder à pergunta de minha inquietude e me parece um caminho que de fato buscou o espaço aberto de que fala Larrosa. Quando disse que este trabalho pretendia ampliar a compreensão, percebo que falava em expandir o espaço. Para isso tornei-me viajante. No percurso construí um mapa, com o emprego da cartografia, desenhado pelo encontro com a história de Caetano e de sua família, mas também pela minha história, de aprendiz-cartógrafa, que desenhou seu primeiro mapa. Comecei, em seguida, a responder a pergunta “o que faço aqui?”, e nesse processo pude fazer a mesma pergunta àqueles que se dispuseram a repondê-la, como a professora Aline e os pais de Caetano, permitindo que juntos vivêssemos a dúvida.

Espero ter trazido a dúvida também a quem lê este trabalho e que dela tenham nascido muitas outras perguntas, daquele tipo que encanta aos filósofos: novas, inéditas. É delas que inicia-se a construção de novas respostas. Parece-me que ao buscar compreender o processo de tornar-se TDAH de Caetano, ou talvez devesse dizer de destornar-se TDAH,

acabei por apresentar também o processo de tornar-me aprendiz-cartógrafa, ou melhor devir-cartógrafa. Usando as palavras de Jorge Larrosa e Walter Kohan, na apresentação da coleção *Educação: Experiência e Sentido*, que muito me inspirou com seus livros e autores, fecho este trabalho com uma última citação:

A experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à escritura. Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras, nos permite liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferentes do que vimos sendo (Larrosa & Kohan em Masschelein & Simons, 2014a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim farmacoepidemiológico SNGPC*. 2: 2. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf. Acesso em 18/09/2013.
- Alvarez, J. & Passos, E. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Sulinas.
- Ariès, P. (1981). *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. Original publicado em 1960.
- Bordo, S. (1986). The Cartesian Masculinization of Thought. *Signs*, 11:3. 439-456.
- Caliman, L. V. (2013). Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A. & Ribeiro, M. C. F. (Orgs.). (2013). In *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos*. (pp. 109-118). Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Campos, N. F. (2014). *A experiência das crianças em uma escola democrática: olhares e interpretações*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde.
- Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. (2015). Disponível em: <http://www.cepih.org.br/>. Acessado em: 15 de janeiro de 2015.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Quem são as psicólogas brasileiras?: resultado preliminar da pesquisa 2012*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Uma-profissao-de-muitas-e-diferentes-mulheres-resultado-preliminar-da-pesquisa-2012.pdf>. Acessado em 25 de fevereiro de 2015.
- Costa, E. A. G. A. (2011). Conversas sobre infância, alteridade e poder no âmbito das pesquisas com crianças. In *XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais: diversidade e (des)igualdade* (s/n). Salvador, BA.
- Couto, M. (2009). *O fio das missangas: contos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Couto, M. (2013). *A menina sem palavras: histórias de Mia Couto*. São Paulo: Boa Companhia.
- Cruz, M. A. S. (2011). Desafios da clínica contemporânea: novas formas de “manicomialização”. In Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2011). *Medicalização de Crianças e Adolescentes*:

conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. (pp. 17-25). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Cunha, F. B. (2012). *Tornar-se professor no cotidiano: um desenho metodológico – epistemológico de processos de subjetivação construídos no contexto da educação filosófica.* Dissertação de Mestrado; Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde.
- Deleuze, G. &Gattari, F. (2012). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2* (vol.4, 2a ed., S. Rolnik, trad.). São Paulo: Editora 34 (Obra original publicada em 1980).
- Duarte, J. L., Alvarenga, K. F., Costa, O. A. (2004). Potencial cognitivo P300 realizado em campo livre: aplicabilidade do teste. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* (vol.70, n.6, pp. 780-785). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n6/a13v70n6.pdf>. Acessado em 26 de março de 2015.
- Fontebasso, M. R. (2000). Invenção e Cognição. *Educação & Realidade*, 25(2).
- Foucault, M. (1999). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.* (8a ed., S. T. Muchail, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1981).
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)* (E. Brandão, trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).* (2a ed., M. E. Galvão, trad.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Foucault, M. (2011a). *O nascimento da clínica* (7a ed., R. Machado, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2011b). *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina.* (Ditos & escritos, 7. V. L. A. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2011c). *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise.* (Ditos & escritos, 1. 3a ed., V. L. A. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade (2013). *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde.* São Paulo, SP.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life.* New York, NY: William Morrow.
- Gadelha, S. (2012). Biopolítica: no que isso interessa aos educadores? In: Sylvio Gadelha e Lúcia Pulino (orgs). *Biopolítica, escola e resistência: infâncias para a formação de professores.* (vol.1). (pp. 59-67). Campinas, SP: Editora Alínea.

- Gadella, S. (2013). *Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e cenexões, a partir de Michel Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- González-Rey, F. (2005). *Pesquisa quantitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thompson.
- Guattari, F. & Rolink, S. (2013). *Micropolítica: cartografias do desejo*. (12a ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Harper, D. J. (2013). On the persistence of psychiatric diagnosis: moving beyond a zombie classification system. *Feminism & Psychology*, 23:78. 68-75.
- Kastrup, V. (2007). *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Kuhn, T. (1990). *A estrutura das revoluções científicas* (3a ed., B. V. Boeira e N. Boeira, trad.). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Larrosa, J. (2000). *Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas*. (3a ed., A. Veiga-Neto, trad.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Larrosa, J. (2014). *Tremores: escritos sobre experiências* (Educação e experiências e sentidos). Belo Horizonte: Autêntica.
- Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Machado, M.C.G.; Lara, A. M. B. & Lucas, M.A.O.F. (2007). As raízes da educação infantil no Brasil: análise da proposta de Rui Barbosa. Em: C.H. Carvalho; E.B.B. Moura & J.C.S. Araujo. *A infância na modernidade: entre a educação e o trabalho* (pp.209-242). Uberlândia: EDUFU.
- Madureira, A. N. A. (2007). *Gênero, sexualidade e diversidade na escola: a construção de uma cultura democrática*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Masschelein, J., & Simons, M. (2014a). *Em defesa da escola: uma questão pública*. (Educação: experiência e sentido. 2a ed., C. Antunes, trad.) Belo Horizonte: Autentica.
- Masschelein, J., & Simons, M. (2014b). *A pedagogia, a democracia, a escola*. (Educação: experiência e sentido). Belo Horizonte: Autentica.
- Médici, R. L. (2007). Os ingênuos da Lei do Ventre Livre: a educação para o trabalho. Machado, M.C.G.; Lara, A. M. B. & Lucas, M.A.O.F. (2007). As raízes da educação infantil no Brasil: análise da proposta de Rui Barbosa. Em: C.H. Carvalho; E.B.B. Moura & J.C.S. Araujo. *A infância na modernidade: entre a educação e o trabalho* (pp.209-242). Uberlândia: EDUFU.
- Michaelis (1998). *Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos.

- Motta, X. F. & Silva, R. (2011). Um olhar possível sobre a infância. *Revista eletrônica do Instituto de Humanidade*. XXXV. Disponível em: www.unigranrio.br. Acesso em 16/12/2014.
- Moura, E. B. B. (2007). Por que as crianças? Machado, M.C.G.; Lara, A. M. B. & Lucas, M.A.O.F. (2007). As raízes da educação infantil no Brasil: análise da proposta de Rui Barbosa. Em: C.H. Carvalho; E.B.B. Moura & J.C.S. Araujo. *A infância na modernidade: entre a educação e o trabalho* (pp.209-242). Uberlândia: EDUFU.
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2011). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2011). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2013). Medicalização do comportamento e da aprendizagem: consequências para a vida de crianças e adolescentes. *Casa em revista*. 3(5): 18-29. Disponível em http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/pdf/efcp_revista/CASA_em_Revista_AnoIII_n5.pdf. Acessado em março de 2015.
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2014). Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In Viégas, L. S., Ribeiro, M. I. S., Oliveira, E. C. e Teles, L. A. L. (Orgs.). (2014). *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* (pp.21-43). Salvador: EDUFBA.
- Novartis Biociência S/A (2014).
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009a). Por uma política da narrativa. In Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Sulinas.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2009b). Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Sulinas.
- Passos, E. & Eirado, A. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre, RS: Sulinas.
- Patto, M. H. & Rayze-Pereira, J. A. (2010). *Pensamento cruel: humanidades e ciências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paulon, S. M. e Romagnoli, R. C. (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Social* 10(1): 85-102. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>. Acesso em: 25/08/ 2013.
- Pulino, L. H. C. Z. (2001). Acolher a criança, educar a criança: uma reflexão. *Em Aberto*, v. 18, p. 29-40.

- Riger, S. (1992). Epistemological debates, feminist voices: science, social values, and study of women. *American Psychologist*, 47(6), 730-740.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanzy, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22 (Sup.III), 7-11.
- SAGE Publications, *Manuscript Submission Guidelines*. Disponível em <http://www.uk.sagepub.com/journalgateway/msg.htm>. Acessado em: 16/09/2014.
- Souza, M. P. R. (2011). Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escola: a medicalização e o diagnóstico de transtorno de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2011). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. (pp. 57-67). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Temporão, J. G. (2013). Indústria Farmacêutica e medicalização. In Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A. & Ribeiro, M. C. F. (Orgs.). (2013). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos*. (pp. 65-78). Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Ternes, J. (2004). *Foucault e o nascimento das ciências humanas*. História Revista. 9 (2), 191-204.
- Tesser, C. D. & Poli, P. Neto. (2011). Medicalização na infância e adolescência: histórias, práticas e reflexões de um médico da atenção primária. In Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2011). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Untoiglich, G. (2013). Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância. In *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos*. (pp. 109-118). Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Untoiglich, G. (2014). Violência cotidiana: El caso emblemático del TDA-H. In: Viégas, L. S., Ribeiro, M. I. S., Oliveira, E. C. e Teles, L. A. L. (Orgs.). (2014). *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* (pp.169-187). Salvador: EDUFBA.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Seu filho(a) e sua família estão sendo convidados a participar do projeto Tornar-se TDAH: um estudo de caso: em que se pretende investigar por meio de entrevistas o processo de tornar-se TDAH de uma criança. Ou seja, pretende-se ouvir quais caminhos levaram a um diagnóstico de TDAH e quais encaminhamentos e vivências se seguiram a esta descoberta. Na busca por compreender a história de vocês serão feitos encontros com a todos que aceitarem participar. Além disso, para conhecer melhor o contexto serão realizados encontros com aqueles que vocês considerarem parte importante deste processo, tais como a(s) equipe(s) pedagógica(s) da(s) escola(s) em que seu filho(a) tenha estudado, os profissionais de saúde que o(a) tenham atendido, entre outros. Estas pessoas serão contatadas desde que haja o consentimento de vocês.

O objetivo desta pesquisa é: compreender melhor como é feito o diagnóstico de TDAH e principalmente como a família vive o diagnóstico e o cotidiano pós-diagnóstico.

Vocês receberão todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seus nomes não aparecerão. Será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los.

A participação de vocês será através de encontros em que serão feitas entrevistas que tem como intuito principal ouvir sua experiência como família. O local será preferencialmente em um dos campi da Universidade de Brasília, de acordo com a melhor comodidade para vocês. As datas serão acordadas no primeiro encontro, em que será construído um cronograma em conjunto. Serão realizados 4 (quatro) encontros de 60 minuto (1 hora) cada. Informamos que vocês podem se recusar a responder qualquer questão que lhes traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para vocês. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se vocês tiverem qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefonem para: Teresa Rachael Rodrigues Santos, na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde no telefone:3107-6831, no horário: 8:00 – 18:00.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-maildo CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome/ assinatura do(a) Responsável

Nome / assinatura da criança

Pesquisadora Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

