



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRUNA DE ALMEIDA CRUZ

**LINHAS DE PRODUÇÃO DO TDAH: UMA CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS DE
UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE EM BELÉM-PA**

BELÉM

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRUNA DE ALMEIDA CRUZ

**LINHAS DE PRODUÇÃO DO TDAH: UMA CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS DE
UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE EM BELÉM-PA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na linha Psicologia, Sociedade e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Jacqueline Isaac M. Brigagão.

BELÉM

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Cruz, Bruna de Almeida, 1990-

Linhas de produção do TDAH: uma cartografia das práticas de um serviço universitário de saúde em Belém-Pa / Bruna de Almeida Cruz. - 2016.

Orientador: Pedro Paulo Freire Piani;
Coorientadora: Jacqueline Isaac Machado
Brigagão.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2016.

1. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade - Belém (PA) - análise. 2. Documentos - análise. 3. Hospitais universitários - Belém (PA). 4. Cartografia. 5. Avaliação - análise. I. Título.

CDD 22. ed. 616.8589098115

BRUNA DE ALMEIDA CRUZ

**LINHAS DE PRODUÇÃO DO TDAH: UMA CARTOGRAFIA DAS PRÁTICAS DE
UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE EM BELÉM-PA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na linha Psicologia, Sociedade e Saúde.

Aprovado em:

Conceito:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani – Orientador
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dr.^a Jacqueline Isaac Machado Brigagão – Coorientadora
Universidade de São Paulo (USP)

Prof.^a Dr.^a Esther Maria Magalhães Arantes – Examinadora externa
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Chaves Lima – Examinadora interna
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof.^a Dr.^a Flávia Cristina Silveira Lemos – Membro Suplente
Universidade Federal do Pará (UFPA)

A todos e todas que se inquietam junto comigo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Pará, por ser novamente chão para os meus passos na produção de conhecimento.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, por me fazer crescer e crescer comigo ao longo desses dois anos.

À CAPES, por financiar esta pesquisa com bolsa de estudos.

A minha mãe e meu pai, por me proverem de afeto e apoio incondicional.

Ao professor Pedro Piani e à professora Jacqueline Brigagão, por se disporem a acompanhar e orientar este trabalho, dividindo preciosamente suas experiências no universo da saúde comigo.

Ao Serviço de Crescimento e Desenvolvimento – Caminhar, que me acolheu com parceria e me proporciona grandes aprendizados.

Às queridas parceiras no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Petruska Baptista, Cristina Alencar, Joyce, Ana Brito e Ana Yokoyama, pelos conselhos, sorrisos gratuitos e todo o cuidado no acompanhamento da pesquisa no hospital.

Ao Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, espaço de resistir sem perder a ternura que tive a alegria de cruzar neste percurso.

Ao grupo Inquietações, que segurou a minha mão a todo momento em meu esforço por problematizar a medicalização da educação e da vida e, em especial, à amiga e professora Lúcia, companheira de lutas e interlocutora preciosíssima que tive a alegria de encontrar.

Ao Bacchini, que gentilmente acompanhou processos decisivos nesse mestrado.

À minha turma de mestrado e ao Laboratório de Redes, por oferecerem suporte e cumplicidade diante das dificuldades que esta formação envolve.

Ao grupo Transversalizando e, em especial, à professora Flávia Lemos que, com sua genialidade e perspicácia, provoca deslocamentos ímpares em meu modo de pensar.

Aos alunos e às alunas da UFPA, que me acolheram em meus primeiros passos como educadora autônoma, oportunizando-me uma troca valiosa e enriquecedora.

Às amadas “pariocas”, com quem tive a experiência de maior enriquecimento pessoal desse percurso, dividindo alegrias e angústias em outra cidade. Às Danis Vasco e Miranda também, que estavam ali “do lado”, dando mais vida à nossa rede bonita de intercambistas.

À professora Estela Scheinvar, admirável pensadora e formadora, e seu grupo de orientação, que nos acolheram com tanto entusiasmo e afeto.

À professora Esther Arantes, uma figura de voz firme e fala mansa cujas histórias escuto com prazer e me proporcionam grandes aprendizados.

À professora Virginia Kastrup e à Luciana Caliman, que muito me inspiram e que tive o deleite de conhecer por conta do mestrado.

Aos vínculos “matrimoniais” que contrái durante o curso, casando-me com as bonitas amizadas de André, Cinthia, Fernanda e Marcela.

Às amadas “guels”, que seguem, desde o período da graduação, sendo ombros amigos e descontraídos a me acompanhar na vida.

À “Bra”, porque me deu uma “hand” no Abstract.

Aos amigos e às amigas que me deram força, coragem e torcida, com especial lembrança dos “Amigos Sem Fronteiras”, que, nesta reta final, proporcionaram a dilatação dos meus horizontes em minha própria cidade.

Ao Fabrício, por ser articulador e afetador de mim, nessa lida diária com os horizontes e sua transposição.

Atenção!

A tensão que nos move
É a mesma que nos morre
Com descrédito
Contensão

Não há são que dela escape
Ação que arremate
Matemática que subtraia

Que ela traia vesgos números
Contraia frouxos súditos
E saia por entre os músculos

Sensibilize os espinhos do nosso tempo
Escandalize seus frutos
Hiperative os caminhos.

RESUMO

Este estudo objetivou investigar as práticas correntes em um serviço universitário de saúde de Belém-PA, de modo a traçar algumas linhas da produção do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Tal categoria nosológica ganhou popularidade na literatura médica especializada, implicando um crescente número de casos diagnosticados no Brasil e em outros países. Também é notável a expansão de mercados direcionados ao seu diagnóstico e tratamento, como efeito de sucessivas revisões de manuais diagnósticos, cada vez mais abrangentes, e de um aparelhamento dos serviços de saúde e de educação, aliados em sua identificação e tratamento. Propôs-se, portanto, uma análise problematizadora da produção desses supostos transtornos, tecendo-se diálogos com auxílio da literatura crítica dos processos de medicalização da vida em suas facetas normalizadora e individualizante. A construção do referido diagnóstico é investigada, nesta pesquisa, na materialidade com que ocorre em um serviço público de saúde infanto-juvenil, vinculado a um dos hospitais universitários da Universidade Federal do Pará. A partir de uma perspectiva genealógica de orientação cartográfica, buscou-se dar visibilidade às linhas de força que operam na construção do diagnóstico, utilizando-se estratégias múltiplas na busca/produção de materiais de análise, incluindo: levantamento de documentos do serviço, entre eles, prontuários dos/as usuários/as com a hipótese diagnóstica ou o diagnóstico em questão; diários de campo referentes às visitas realizadas ao serviço; bem como entrevistas coletivas junto às profissionais que participam da elaboração do diagnóstico. A análise do corpo documental produzido na pesquisa se desdobrou nas seguintes séries de práticas: “TDAH como fato científico”, “práticas e instrumentos de diagnóstico”, “aglutinações de categorias nosológicas”, “busca pela integralidade no serviço de diagnóstico”, “vigilância e tutela do desenvolvimento infantil”, “relação do TDAH com a queixa escolar”, “efeito redentor e de cidadania do laudo”, “produção de mercados para o consumo de terapias” e “resistências frente à prescrição de drogas”. As análises sugerem que o TDAH nitidamente não é uma mera categoria nosológica, estando implicado com emaranhadas linhas de controle e subjetivação da população, de modo que o diagnóstico opera a manutenção dessas linhas e a normalização do desviante, bode expiatório deste processo.

Palavras-chave: TDAH, Medicalização, Hospital universitário, Diagnóstico.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the practices in course on a university public health service from Belém-PA, attempting to follow some lines of the attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) diagnosis elaboration. Such nosological category has gained popularity in the specialized literature, implying an increasing number of diagnosed cases in Brazil and other countries. In addition, the expansion of markets in order to sustain the diagnosis and its treatment is also remarkable, as an effect of successive reviews of diagnostic manuals, increasingly widespread, and an equipping of health and education services, which cooperate in their identification and treatment. Therefore, a problematizing analysis of the production of these supposed disorders was undertaken, articulating dialogues with the aid of the critical literature about life medicalization processes and standardization of differences. This research considers the construction of that diagnosis in the materiality in which it occurs on a public children and youth health service, linked to one of the university hospitals of UFPA. From a genealogical perspective with cartographic orientation, we seek to give visibility to power lines operating in the construction of the diagnostic. It was made an option for multiple strategies to produce informations in this search, including: documents from the service, between them, registers of diagnosed clients or with the diagnostic hypothesis about which concerns this study; field diaries on the visits to the service, as well as collective interview with professionals involved in the production of diagnosis. The analysis of the documental set produced in this research has been developed into the following series of practices: “ADHD as a scientific fact”, “diagnostic practices and tools”, “combinations of nosological categories”, “effort for integral care in the diagnostic service”, “surveillance and protection of child development”, “ADHD relation with the school complaint”, “redemptive and for citizenship effects of the report”, “production of markets for therapies consumption” and “resistance face to drugs prescription”. The analysis suggests that ADHD is undoubtedly not a mere nosological category, being involved with tangled lines of control and subjectivation of the population, so that the diagnosis operates the maintenance of these lines and the normalization of deviant, like a scapegoat in this process.

Keywords: ADHD; Medicalization; University hospital; Diagnosis.

LISTA DE SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID	Classificação Internacional de Doenças
COEES	Coordenação de Educação Especial
DSM II	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 2ª edição
DSM III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3ª edição
DSM III-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – revisão da 3ª edição
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição
DSM IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – revisão da 4ª edição
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
HUBFS	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SCDC	Serviço de Crescimento e Desenvolvimento - Caminhar
SEDUC	Secretaria de Estado de Educação do Pará
SESMA	Secretaria de Saúde do Município de Belém
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Infância
UREMIA	Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente

SUMÁRIO

PRIMEIROS SINTOMAS DE AGITAÇÃO	13
A problemática em torno do TDAH	15
1 O CAMINHO E O CAMINHAR	23
1.1 O Serviço de Crescimento e Desenvolvimento – Caminhar.....	30
1.2 Manufatura das linhas de força: elementos de cartografar	33
2 EMERGÊNCIA E OBJETIVAÇÃO DA CATEGORIA TDAH	37
2.1 O encontro entre males hipercinéticos e avarias atentivas: um traçado histórico	37
2.2 Dos protocolos e procedimentos para diagnosticar o TDAH	44
2.3 Algumas adjacências nosológicas: o TDAH e seus acompanhantes, vizinhos, sócias..	49
3 A TRAMA: fluxos e redes de interlocução na produção do diagnóstico de TDAH	55
3.1 A quantas anda a integralidade?	58
3.2 A medicalização do infante ou a tutela da família e da pessoa em desenvolvimento na rede produtora do diagnóstico do TDAH	66
4 OS EFEITOS, TAMBÉM CONDIÇÕES: subprodutos e atravessamentos da produção do TDAH	76
4.1 Desculpe o transtorno: o laudo como direito, as biocidadanias e o efeito redentor do diagnóstico	76
4.2 Da institucionalização a outras drogas: tensionamentos acerca dos tratamentos oferecidos ao TDAH.....	87
5 O TDAH DÁ EM TUDO O QUE SE MEXE: por uma síntese cartográfica	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A – MODELOS DE PLANILHAS PARA TRIAGEM	106
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	108
ANEXO A – ORGANOGRAMA DO HUBFS	110
ANEXO B – FLUXOGRAMA DO CAMINHAR	111
ANEXO C – FICHA DE PRODUÇÃO DIÁRIA	112
ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP	113
ANEXO E – GUIA DE REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA	116

ANEXO F – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	118
ANEXO G – PÔSTER INFORMATIVO SOBRE TDAH (CLASSE HOSPITALAR)....	119

PRIMEIROS SINTOMAS DE AGITAÇÃO

Durante os períodos derradeiros do curso de graduação em Psicologia, estagiei em uma escola particular de ensino formal, na qual fui encarregada de acompanhar a formação de mediadores escolares, estagiárias e estagiário de Pedagogia, que atuavam junto a crianças “laudadas”¹ a fim de garantir sua inclusão escolar. Essa experiência foi a primeira oportunidade que tive de acompanhar de perto os bastidores de uma – tentativa de – escola inclusiva na minha cidade. Como estagiária, embora tivesse uma função vinculada ao meu plano de estágio, circulava também em outras funções, tais como: acompanhar entrevistas de alunos/as na coordenação pedagógica; auxiliar no processo de mapeamento dos perfis de aprendizagem, proposto pela psicóloga da escola; fiscalizar provas em salas regulares e, principalmente, nas salas onde os alunos e as alunas com laudo realizavam seu calendário especial de provas.

Paralelamente, nesse momento, tive meu primeiro contato com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, quando fui ao II Seminário Internacional “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos – Novas capturas, antigos diagnósticos na ‘Era dos Transtornos’”. No evento, tomei conhecimento de um campo de discussões até então inexplorado em meu trajeto acadêmico. A medicalização, entendida como um processo pelo qual problemáticas de cunho pedagógico, social, político e histórico são convertidas em questões medicamente explicáveis como patologias (COLLARES; MOYSÉS, 1994), passou a ser uma questão a ser pensada em minha atuação.

O contato com os tensionamentos apresentados pelo coletivo do Fórum e pelos/as convidados/as do seminário me motivou a tecer muitas problematizações a respeito do que acontecia em meu local de estágio: Até que ponto o uso de fármacos psicoativos por crianças em escolarização é mais necessário do que perigoso? Por que as crianças precisam de laudos médicos para terem reconhecidas e legitimadas as dificuldades em sua escolarização? Por que essas dificuldades precisam ser tomadas como transtornos que elas portam?

No ano seguinte ao evento, fui bolsista de extensão do serviço de psicologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), atendendo às demandas do chamado Serviço de Crescimento e Desenvolvimento – Caminhar (SCDC)². Na ocasião, auxiliava o trabalho da psicóloga do serviço, aplicando e participando da análise de protocolos de avaliação cognitiva

¹ Este foi um termo que ouvi recorrentemente no contexto do estágio e se refere a crianças e adolescentes que passaram por uma avaliação médica e/ou psicopedagógica e, por conseguinte, apresentaram seus laudos junto à escola para providências relativas ao seu atendimento no local.

² Doravante, apenas SCDC.

e comportamental de crianças e adolescentes (questionários, testes, inventários), que seriam convertidos em relatórios para que as médicas do SCDC definissem diagnósticos e produzissem laudos. Essas solicitações eram feitas especialmente pelos ambulatórios de Neurogenética e de Aprendizagem do SCDC, sendo este um dos principais lugares para onde se direcionavam os/as usuários/as com suspeita ou diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) no serviço. Vivendo esse cotidiano em tal espaço, nele percebia que a atribuição desse diagnóstico era muito frequente e, em geral, relacionada a problemas de aprendizagem. Isto fazia com que muitos/as usuários/as a ele associados/as fossem encaminhados/as à Escola Prosseguir, classe hospitalar da Secretaria de Estado de Educação do Pará (SEDUC) instalada no hospital e dedicada a oferecer atendimento educativo especial (AEE)³ ao público acompanhado pelo SCDC.

Diante desse contexto de atuação, somaram-se ainda mais questionamentos, na medida em que frequentava o lugar de produção dos laudos, tais como os que via na escola. A relação entre educação e saúde foi, gradativamente, emergindo como uma chave muito bem estabelecida na rede em que eu transitava. No entanto, toda essa naturalidade ainda me soava estranha: o que fazia a classe hospitalar, com seu AEE, no contexto do hospital, atendendo crianças com supostos problemas de aprendizagem? Inquietava-me que esse atendimento se direcionasse a crianças não internadas, que estavam em atendimento ambulatorial. Soava-me muito estranho que crianças identificadas com necessidades educativas especiais – que não fossem ocasionadas pela internação – precisassem frequentar o hospital para que se desse atenção às problemáticas educacionais pelas quais passavam.

Esse desassossego também se estendia ao notar que numerosos casos de TDAH vinham sendo diagnosticados no SCDC e que também eram frequentes nas escolas e, inclusive, em outros espaços ao meu redor, como na minha família, por exemplo. Afinal, por que tínhamos tantos casos de TDAH sendo atendidos no serviço? Por que, na escola, era tão comum a suspeita relativa a esse suposto transtorno? O que teria produzido tão intensa relação desse diagnóstico com dificuldades escolares e queixas referentes à aprendizagem?

Essas inquietações surgiam no mesmo momento em que intensificava meu engajamento nas ações do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, após ter participado do III Seminário Internacional “A educação medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças”, no

³ Esse tipo de atendimento educacional especializado, na classe hospitalar, abrange pessoas com condições e limitações específicas decorrentes de “tratamentos de saúde física e mental, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana, seja no próprio domicílio ou, ainda, em serviços ambulatoriais de atenção integral à saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 10).

qual foi possível ampliarmos ainda mais, no coletivo, a discussão sobre os processos de medicalização da vida.

No Pará, recompus, junto com companheiros e companheiras que se engajaram nessa discussão, o núcleo regional do Fórum, mobilizando um conjunto de ações em estabelecimentos onde acreditávamos que a pauta do movimento precisava chegar com urgência. Visitamos escolas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), participamos de ações nas ruas pela saúde e pela reforma psiquiátrica, incorporamos a luta antimanicomial. Nesse momento, paralelamente, inseri-me em atividades de pesquisa e extensão do grupo InquietAções, na universidade, no qual produzimos discussões e intervenções acerca da temática da medicalização da educação e da vida, buscando ampliar o alcance dessa questão em nossa cidade.

Era tamanha a efervescência e urgência anunciadas por essas experiências, que se nutriu comigo a vontade de construir uma problemática a ser pesquisada, estudada e discutida. Buscando canalizar meu interesse pela problematização da medicalização da sociedade, a discussão da inclusão escolar e suas interfaces frequentes com os serviços de saúde, dediquei-me, assim, à escrita de um projeto de pesquisa, a partir do qual pudesse me aproximar e interrogar a produção do diagnóstico de TDAH no serviço especializado já conhecido: o SCDC.

A problemática em torno do TDAH

Para delinear mais nitidamente a maneira como situei e formulei o problema desta pesquisa, trarei a contextualização do lugar de onde parti ao eleger o TDAH como produto diagnóstico a ser investigado e, de modo relacionado a isto, exporei minimamente o que, afinal, estou tratando por medicalização no cenário dessa problematização.

TDAH tem sido um termo recorrentemente utilizado para denominar o que se julga uma desordem mental, um diagnóstico psiquiátrico. Comumente serve para nomear o quadro de pessoas – especialmente crianças e adolescentes – que apresentam, como características marcantes, desatenção, agitação motora e impulsividade. É também frequentemente descrito como uma desordem global do comportamento (CALIMAN, 2010), chamando a atenção de educadores/as, psicólogos/as, médicos/as e familiares.

Sua tríade sintomatológica – déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade – consiste em construtos que são amplamente disseminados atualmente, seja entre profissionais das áreas da saúde e da educação, seja pela população em geral. Uma das possíveis explicações para tão

amplo conhecimento público acerca desses construtos é o próprio fato de eles terem sido reunidos na forma de uma síndrome, motivando o aparecimento e o aumento de crianças diagnosticadas como portadoras de tal patologia. Na década de 1980, Sucupira (1985) identificou que, na literatura americana, o TDAH era o distúrbio mais diagnosticado na infância e que, no Brasil, ganhou popularidade, frequentemente associado ao fracasso escolar. Em 2012, o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados sinaliza a mesma tendência, com elevado número de diagnósticos de TDAH, chegando a identificar sua prevalência em até 26,8% das crianças e adolescentes de algumas regiões deste país (ANVISA, 2012).

Essa disseminação também parece ter uma relação muito estreita com o potencial mercadológico que a transformação desses comportamentos em uma síndrome ou transtorno representa. Sobre isso, Caliman (2008) relata que, desde a década de 1980, antes mesmo de ter sido criado o diagnóstico de TDAH, o mundo já vivia intensa divulgação publicitária acerca do transtorno em questão e da Ritalina ou cloridato de metilfenidato – na época, medicamento já disponível no mercado para tratamento. Boarini e Borges (2009) destacam sobre isso que, cerca de vinte anos antes de existir a classificação diagnóstica, já existia um medicamento destinado ao seu tratamento.

A categoria é marcadamente perpassada por controvérsias, no que diz respeito à sua definição, etiologia, diagnóstico e tratamento. As polêmicas referentes ao uso do psicotrópico para controlar sintomas do TDAH também são inúmeras. As críticas acerca da história oficial do TDAH, na qual se tende a legitimá-lo como um transtorno neurológico consistentemente comprovado, dividem-se desde os que questionam a inconsistência dos seus critérios diagnósticos, até os que negam completamente a existência do transtorno (CALIMAN, 2010).

A falta de consenso acerca do diagnóstico e os efeitos colaterais, considerados nocivos, do medicamento frequentemente utilizado para seu tratamento, geram especulações sobre a validade e o custo dessa expansão da categoria. Associado ao consumo crescente de metilfenidato, o TDAH pode ser considerado um dos principais diagnósticos envolvidos no processo de medicalização da vida.

Faraone e Bianchi (2013) chegam a afirmar que o TDAH é analisador ou bode expiatório de um processo mais amplo, supondo uma lógica de construção social que o transcende. As autoras argumentam que esse diagnóstico se sustenta tão fortemente como explicação para problemas de atenção e da atividade, por mais inconsistente e polêmico que seja, exatamente por recair predominantemente sobre o público infantil, população que ocupa um lugar central nas estratégias medicalizadoras.

Diante dessa afirmativa, julgo necessário desdobrar a ideia apresentada anteriormente sobre o que seriam esse processo de medicalização da vida e tais estratégias medicalizadoras, considerando que estou tratando de um conceito extremamente pertinente à pesquisa, o qual é historicamente disputado e construído, não supondo definição unívoca, embora congregue muitas lutas que partem de diferentes perspectivas.

Segundo Gaudenzi e Ortega (2012), o termo medicalização foi primeiramente utilizado na década de 1960 no campo da sociologia da saúde, como forma de denúncia à expansão do número de problemas da vida que vinham sendo incorporados como objetos da medicina, ampliando-se o seu espectro de intervenção. Com efeito, uma das definições mais disseminadas para esse termo é aquela segundo a qual a medicalização consiste em um processo de ampliação da jurisdição médica à explicação e gestão de fenômenos constituídos social, política e historicamente, tendo como consequência a naturalização dos mesmos e o consequente esquecimento de seus aspectos constitutivos.

Ivan Illich costuma ser reconhecido como o primeiro autor a utilizar sistematicamente o termo medicalização. Illich (1975) defende que as sociedades ocidentais vivem um processo de invasão da medicina em diversas esferas sociais, que transforma os serviços médicos em bens de consumo indispensáveis e mina a autonomia dos indivíduos no cuidado de si. O autor descreve diferentes formas de produção de doenças decorrentes da empresa médica (iatrogênese), desde efeitos colaterais ocasionados pela sua intervenção técnica, até os efeitos de se viver em uma sociedade medicalizada, que culminam na expropriação da saúde; isto é, na perda de autonomia sobre o próprio corpo.

Lupton (1997) atribui à crítica de Illich, assim como de outros autores que constituíram a chamada crítica ortodoxa da medicalização, o caráter humanista e marxista, pelos ideais de liberdade individual e pela defesa de que a empresa médica exerce um poder de dominação sobre seus/suas consumidores/as, tratados como suas vítimas. A partir dessa perspectiva, esses autores sugeririam que os processos de medicalização da vida fossem combatidos pela sua via oposta: a desmedicalização da sociedade.

Propondo uma crítica a esse coro, Lupton afirma que o processo de medicalização da sociedade tem sido caracterizado de maneira maniqueísta pela crítica ortodoxa, ao se dizer que o mesmo produz exclusivamente o mal e nunca o bem da saúde, subvalorizando o poder de resistência dos/as consumidores/as de serviços de saúde. A autora faz uso da perspectiva foucaultiana sobre o assunto, argumentando que o poder, que o grupo ortodoxo localiza nas mãos dos/as médicos/as, pode ser tomado como uma força em exercício, mas não uma posse.

Por isso, deve-se atentar para a margem de resistência existente no contexto, por exemplo, da relação médico/a-cliente.

Foucault (2014a) propõe uma analítica na qual o poder, em vez de substância detida por alguém, é caracterizado como exercício relacional. Em suas palavras:

[...] seria necessário saber até onde se exerce o poder, através de que revezamentos, e até que instâncias ínfimas, de controle, de vigilância, de proibições, de coerções. Onde há poder, ele se exerce. Ninguém é, propriamente falando, seu titular; e, no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém; mas se sabe quem não o possui (FOUCAULT, 2014a, p. 138).

A partir dessa perspectiva, de acordo com Lupton (1997), médicos/as não são tidos como figuras de dominação, mas sim como pessoas pelas quais o poder passa ou que exercem algum peso no campo de relações de poder. Nesse sentido, o que opera no encontro entre médico/a e cliente são tecnologias disciplinares, pautadas em estratégias de observação, exame, mensuração e comparação de indivíduos à norma. Esse exercício do poder conta, pois, com o sucesso da persuasão, tendo uma margem considerável de linhas de fuga, mas ainda podendo ocorrer consensualmente. Fala-se, assim, de uma prática de poder que não limita diretamente a ação dos corpos, mas produz modos de viver, podendo levar a efeitos positivos e desejados.

Tal poder, inclusive, não passa exclusivamente por profissionais médicos/as, na medida em que o discurso médico é pulverizado e utilizado por atores leigos em diferentes tipos de relações no corpo social. Foucault (2014a) costumava dizer, neste sentido, que o poder é difuso e também produtivo, de tal maneira que tem força e efetividade em seus efeitos, a partir da otimização da vida e da produção de modos de viver. Neste caso, o autor fala de uma modalidade de exercício do poder que combina a disciplina, como tecnologia de controle dos corpos, e a biopolítica, como tecnologia de gestão da população: o biopoder (MAIA, 1995). A medicina compõe este processo como um saber privilegiado, a partir do qual são estabelecidas as normas do bom viver – aliadas à racionalidade moral no seio da qual são gestadas.

Neste texto, lanço mão de tal perspectiva, na qual os processos de medicalização são entendidos como relações de força e não de dominação, cujas tramas extrapolam o esquema simples opressor-oprimido. Dizer que utilizo Foucault para pensar essa trama no que se refere ao diagnóstico do TDAH significa que analiso a sua produção não a condenando sumariamente, como mero interesse mercenário ou falta de humanidade das medidas que são tomadas como modos de tratamento para esse suposto transtorno neurológico, mas entendendo que há muito mais em jogo.

De todo modo, esta pesquisa conta com uma multiplicidade de interlocuções, sendo atravessada por discursos que partem de diferentes lugares: desde aqueles externos à crítica da medicalização àqueles internos, que trabalham com perspectivas diversas que não necessariamente operam por um viés foucaultiano, entre os quais figuram os representantes da crítica ortodoxa, como chamou Lupton (1997).

Entendo que, afora algumas importantes diferenças entre a crítica ortodoxa e a elaboração foucaultiana, as quais acabam por sugerir estratégias diferentes de resistência a esse processo, pode-se entender que as mesmas trabalham em conjunto, complementando-se. Como afirmam Gaudenzi e Ortega (2012), Foucault não utiliza sistematicamente o termo medicalização, mas também não se opõe ao trabalho de Illich. Ele problematiza o referido processo, por sua vez, a partir de uma outra perspectiva. Castro (2009) explica que a medicalização é tratada por Foucault como uma maneira de se exercer o poder, fundamentada nas bases do saber-poder médico, que opera na ordem da normalização dos indivíduos e da população. Ou seja, o uso do termo em Foucault refere-se mais propriamente aos processos de normalização da vida, que produzem o anormal e buscam ortopedizá-lo, a partir de uma justificativa médica.

É, pois, descrevendo os processos de normalização das condutas e dos modos de viver, que Foucault endossa a crítica aos processos de medicalização da sociedade, os quais, pode-se afirmar, operam como tecnologias de deixar morrer as diferenças. Deste modo, os dissensos ocasionados pelos desvios à norma tendem a ser capturados, com o auxílio do saber médico e em uma conjuntura social profundamente medicalizada, produzindo-se o normal não por meio da simples opressão, mas especialmente por meio de outros mecanismos de controle, como as prescrições regulamentares e a sedução de que ser normal ou buscar isto trará vantagem.

Nesse cenário, o TDAH está relacionado a uma série de estratégias medicalizantes, ou normalizadoras, que operam não no sentido de excluir as pessoas diagnosticadas, mas de produzir mudanças que favoreçam a sua adaptação ao mundo contemporâneo. Como categoria médica, supõe exames, laudos, medicamentos e terapias diversas, que são a linguagem de captura dos conflitos cujas causas são atribuídas ao transtorno, e que são eficazes no sentido de dar um rumo produtivo para a questão, sem que seja necessária uma abordagem mais ampla e estrutural das problemáticas em jogo.

Ora, falo de uma sociedade extremamente agitada, de verdades efêmeras, marcada pela liquidez (BAUMAN, 2001), que hiperestimula, exige atenção difusa e ágil, deslocamento de posições e/ou interesses. Citton (2014) questiona se não estaríamos vivendo um novo arranjo

produtivo, pautado não no investimento de recursos materiais, mas na apropriação e controle cada vez maior da forma de energia mental que consiste na atenção. O autor analisa que vivemos uma economia da atenção na qual seríamos cronicamente acometidos por um déficit de tempo de atenção, vinculado à desonesta proporção entre a oferta de informação e produtos de consumo e a nossa capacidade de recebê-los.

Crary (2014), a seu passo, analisa o tempo e a relação sono-vigília nesta sociedade, afirmando que vivemos um momento histórico e em um contexto social, político e econômico no qual tudo se faz o tempo todo, não existindo mais limites bem demarcados entre o tempo de sono e o de vigília, ou entre tempo de reservar-se ao descanso e o da vida comum. O autor argumenta que:

Mercados atuando em regime 24/7 – 24 horas por sete dias na semana – e infraestrutura global para o trabalho e o consumo contínuos existem há algum tempo, mas agora é o homem que está sendo usado como cobaia para o perfeito funcionamento da engrenagem (CRARY, 2014, p 13).

Crary corrobora, pois, a ideia de Citton segundo a qual seriam as capacidades humanas os objetos de investimento econômico de nosso tempo. O autor considera então a micropolítica da atenção que está implicada nesse regime, marcada pelo incentivo à otimização cada vez maior das performances humanas. Nessa conjuntura, tecnologias desenvolvidas pelo complexo científico-militar, para a diminuição do sono e o aumento da vigília, da concentração e da agilidade de resposta são aplicáveis não somente a soldados. Tais tecnologias se tornam aplicáveis também a outros públicos, cada vez mais absorvidos na lógica do melhoramento de performance, tais como esportistas e estudantes. Não é por acaso que emergem testes como o *antidoping* e se multiplicam cada vez mais as prescrições de estimulantes – mesmo os tarja preta – a estudantes em idades cada vez mais remotas, em nosso cenário contemporâneo. Neste sentido, diz Héctor Schmucler (2011, p. 9): “O homem tinha sido até agora um ‘rascunho’. As biotecnologias poderiam ‘passá-lo a limpo’”.

Tudo isso é facilmente confirmado por um/a interlocutor/a que viva em nosso tempo. No entanto, a categoria TDAH se firma como um quadro patológico de excesso em relação à normalidade. Produzem-se diversas medidas para que o diagnóstico seja garantido e culmine em tratamento, ainda que sejam apontadas substanciais inconsistências em sua formulação conceitual, seus critérios diagnósticos e severas críticas aos efeitos da classificação e de seu tratamento.

Sendo assim, entendo que, mesmo que atravessado por contradições, o uso do diagnóstico tem provocado importantes repercussões no cotidiano social. Caliman (2013)

argumenta que essa categoria já vem modelando certas formas de cidadania, pautadas na crença de que os indivíduos com o transtorno merecem uma atenção especial na escola, por exemplo, afirmando-se como sujeitos de um direito que lhes cabe pela sua condição neurológica. Diante disso, Untoiglich (2013) aponta para sua faceta estigmatizante e seu potencial de segregação da pessoa diagnosticada, sugerindo efeitos nocivos do uso inadvertido e generalizado do diagnóstico de TDAH. Como afirma a autora: “Trata-se de muitos riscos. Um deles é a rotulação da infância, cujas consequências podem ser altamente perigosas, sobretudo quando estamos pensando em sujeitos que estão em processo de constituição” (UNTOIGLICH, 2013, p. 123).

Diante disso, pode-se considerar que o diagnóstico do TDAH é uma questão de saúde pública; um fato social cuja perspectiva de longo prazo é, no mínimo, preocupante. Portanto, esta pesquisa teve por objetivo debruçar-se na problematização de algumas práticas que vêm produzindo o diagnóstico em questão, levando em consideração as críticas apresentadas aos manuais diagnósticos e ao processo de medicalização da vida. Optei, pois, por investigar as práticas pelas quais se produz o diagnóstico de TDAH no SCDC, por meio do acompanhamento desse processo produtivo, interrogando os atores envolvidos, no contexto de sua realização.

Para tanto, as seguintes perguntas nortearam esta pesquisa: Quem participa da elaboração do diagnóstico? Quais os procedimentos e protocolos utilizados nessa produção? Como são negociadas as hipóteses diagnósticas? Quais os percursos do usuário no serviço? E, finalmente: o que – e como – sustenta a definição do diagnóstico?

Considero que tal processo diagnóstico envolve atores de diversos tipos, que se articulam, cooperam, negociam e, assim, lapidam seu produto. Tomando como referência a noção de ator-rede, segundo a qual um ator é quem ou o quê se faz agir (LATOIR, 2005), caracterizo como atores não apenas os/as profissionais do serviço – embora sejam peças colocadas em destaque neste trabalho investigativo – mas também todos os outros partícipes do diagnóstico estudado, inclusive elementos não humanos, tais como protocolos, normas, medicamentos, testes e demais instrumentos utilizados nesse processo.

Destarte, alguns dos caminhos escolhidos para responder a essas perguntas foram: levantar e analisar documentos relativos ao TDAH ou ao atendimento dos casos diagnosticados como tal, emitidos e/ou utilizados pelos/as profissionais do SCDC, a fim de seguir as linhas que compõem o processo diagnóstico e os encaminhamentos dados ao usuário após ser diagnosticado; acompanhar o cotidiano do serviço, produzindo um diário de campo; e, além disso, abrir o diálogo com as profissionais do SCDC que estão diretamente envolvidas no

diagnóstico do TDAH, interrogando-as sobre o percurso de usuários/as no serviço e sobre as negociações ocorridas ao longo desse processo, considerando a participação das mesmas no referido processo.

No capítulo 1, “O caminho e o caminhar”, apresento os percursos pelos quais a pesquisa transitou – articulando-os com o campo estudado e a perspectiva metodológica utilizada no trabalho –, assim como elenco as linhas de repercussão provocadas pela imersão em campo, organizando-as em séries de práticas, formuladas para a composição desta narrativa. Nos capítulos seguintes, desenvolvo tal narrativa, colocando as análises de campo em diálogo com as produções científicas e críticas contemporâneas que considero ter relação com cada série. Sendo assim, no capítulo 2, “Emergência e objetivação da categoria TDAH”, analiso elementos históricos que produziram condições para o surgimento TDAH como uma classificação nosológica, bem como as nuances de sua fundamentação e definição no SCDC. No capítulo 3, “A trama”, trato dos fluxos e redes de interlocução que compõem o processo diagnóstico em questão, explicitando os processos medicalização da assistência em saúde e a normalização do desenvolvimento infantil, situando o SCDC como um dos nós da rede tutelar que dele se encarrega. No capítulo 4, “Os efeitos, também condições”, elaboro algumas reflexões sobre os subprodutos e as linhas de encaminhamento do TDAH, no SCDC, como componentes de sua produção, trazendo à tona o papel do laudo para o exercício da cidadania e também a polêmica sobre o tratamento do TDAH – especialmente quanto ao uso de medicamentos psicotrópicos. Enfim, no capítulo 5, “O TDAH dá em tudo o que se mexe”, busco organizar o esquema cartográfico que expus e discuti ao longo do texto, além de tecer algumas considerações a respeito das ressonâncias e possíveis desdobramentos da pesquisa.

1 O CAMINHO E O CAMINHAR

Tornara-me, então, pesquisadora dentro do SCDC. Precisei realizar um movimento de retorno para recolocar a minha presença nesse *locus*. Aos poucos, notei que aquele espaço, ao mesmo tempo que me era familiar, provocava-me novos estranhamentos, como se meus sentidos estivessem mais receptivos a nuances que não eram percebidas quando atuei ali, anos atrás. Eu também o observava de um outro ponto de vista, sentada na recepção, indo com frequência ao corredor dos consultórios médicos e da coordenação – o que ocorria menos em outro momento, pois o consultório de psicologia ficava em um outro corredor. Reparei mais vivamente no cheiro de pipoca, de biscoito, de sucos diversos que os/as responsáveis pelas crianças davam a elas enquanto aguardavam a consulta; no cheiro de “rodoviária”, de suor e fumaça de quem passou horas na estrada para chegar ao hospital, suavizado pelo ar-condicionado. Notei que algumas médicas tinham seu jaleco bordado de flores coloridas e personagens infantis. Perdi-me entre gritos de crianças, suas falas repetitivas, sua desarticulação peculiar e suas “blablações”. Vi os/as servidores/as, bolsistas e estagiários/as manifestando carinho e cuidado pelo público ali; e receberem carinho em retribuição. Vi também seu sorriso no rosto quando reprendiam os excessos e “aberrações” no comportamento das crianças. Senti a energia viva que circula no serviço – e o faz saltar nos sentidos, em comparação ao marasmo das salas de espera dos serviços onde eram atendidos/as adultos/as – e também a desconfiança de quem olha para tudo isso e se vê questionando quantas tiranias veladas não se escondem debaixo desse gosto nostálgico de infância; o quanto a medicalização, encarnada como cuidado, captura e produz essas vidas a seu modo.

Ao regressar, vivi a confusão de quem já esteve ali em outra condição, quando ainda gestava, imaturas, as problematizações que me fizeram voltar. Precisei retomar vínculos com as pessoas com as quais já tivera contato no SCDC, na época em que fui bolsista de extensão, além de estabelecê-los com outras pessoas que nele trabalham, apresentando-me de outra maneira, com outros atravessamentos. Os vínculos já existentes, em geral, colocavam-me em uma posição relativamente confortável para buscar informações e articular as primeiras táticas de estudo dentro do serviço. Apesar de existir este ponto positivo, no entanto, foi necessário também ajustar a relação com o campo, considerando a minha nova posição ali. A relação com minha antiga coordenadora de extensão, por exemplo, precisou sofrer distanciamento em alguns momentos, visto que a pesquisa não pretendia restringir-se apenas ao serviço de Psicologia do hospital e não teve como propósito estudar apenas o discurso da psicóloga atuante no mesmo.

A relação com servidores/as já conhecidos/as do setor administrativo e da biblioteca do hospital, por outro lado, foi estreitada durante o percurso da pesquisa, o que rendeu boas amizades e também desobstruiu caminhos.

As primeiras visitas de retorno ao SCDC foram conduzidas com a justificativa de apresentar a pesquisa, apresentar-me como pesquisadora e iniciar a busca por documentos do serviço que me fossem úteis para construir este estudo. Como se trata de um estudo que visa a participação direta de pessoas – em entrevistas – dentro de um hospital universitário, bem como a consulta de prontuários, foi necessário, nesse momento inicial, algum tempo para que o projeto da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) fossem recebidos pela diretoria acadêmica do HUBFS, direcionados à coordenação do SCDC para leitura e avaliação e, posteriormente, fornecida a documentação para submissão ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA para, por fim, termos autorização para realizarmos este estudo.

Toda a burocracia desse processo, a princípio, parecia uma mera formalidade, tendo em vista a disponibilidade com que o pessoal do serviço vinha recebendo a pesquisa e a alegria manifesta pelo meu retorno. No entanto, o trâmite do projeto de pesquisa no hospital foi mais demorado do que deveria, em função da perda dos documentos submetidos para avaliação, no SCDC, os quais precisei repor, para serem avaliados com um mês de atraso. Por mais que pessoalmente os servidores e as servidoras deste setor se demonstrassem solícitos/as para colaborar com a pesquisa, entraves como esse retardaram o que havia sido planejado por algum tempo. Todavia, o prolongamento desse impedimento foi cenário para um primeiro movimento de observação das relações que fui estabelecendo com as pessoas do local, como pesquisadora.

Na espera provocada por tal procedimento burocrático, requisito para a realização da pesquisa, buscava manter-me próxima do campo e avançando na investigação, das maneiras cabíveis nesse contexto inicial. Por peregrinações entre diferentes profissionais, na busca por documentos públicos sobre o SCDC, e também no acompanhamento do processo de análise do meu projeto no hospital, notei zonas de maior fluidez para o meu fluxo e também aquelas onde os passos deveriam manobrar maior densidade no terreno.

Enquanto a autorização não era liberada, foi possível acessar alguns documentos não sigilosos que também serviriam à pesquisa. Os primeiros documentos buscados foram o organograma e o fluxograma do SCDC. Pretendia esboçar as linhas do funcionamento do serviço para poder entender os processos pelos quais seus/suas usuários/as passavam até serem diagnosticados/as com TDAH.

Nessa busca, houve um episódio em que estive particularmente incomodada com a atitude de uma psicóloga lotada na coordenação acadêmica do hospital. Fui à sala onde funciona este setor e solicitei falar com uma estagiária que comumente era quem atendia as minhas demandas ali. No momento, ela não estava e a referida servidora então perguntou qual era a minha demanda. Falei que gostaria de acessar o organograma do hospital, em virtude de estar realizando uma pesquisa no mesmo. Enfaticamente, ela me advertiu dizendo que eu não poderia fazer pesquisa no hospital sem submeter meu projeto para a avaliação ética, ao que respondi explicando que meu projeto já havia sido submetido, que estava aguardando um parecer a seu respeito, mas que, enquanto isso, buscava documentos não pessoais e não sigilosos – e, portanto, para os quais não seria necessário o mesmo processo de autorização – para avançar uma parte da pesquisa. Irredutível, a técnica disse que eles não tinham o documento ali e que eu precisava fazer uma solicitação formal. Nessa altura, eu já estava bastante inquieta, também por considerar que uma concessão simples não precisaria de tanta burocracia, mas principalmente por sentir que, nessa ocasião, estava sendo colocado o entrave pelo entrave. Assenti insatisfeita, saí da sala da coordenação acadêmica e dirigi-me imediatamente à biblioteca em busca da bibliotecária, que sempre se mostrou interessada em me ajudar, buscando vigorosamente meios para solucionar algumas das minhas demandas. Nesse momento, tive dimensão do quanto havia firmado com ela um vínculo acolhedor – não à toa recorri a ela no momento em que mais me senti preterida, no trabalho de pesquisa. Depois parei para pensar se não estava me sentindo tão livre no hospital a ponto de estar inconvenientemente esperando acesso facilitado aos caminhos que gostaria de trilhar. É que era quase geral a sensação de que o hospital universitário considerava bem-vinda a minha pesquisa e aquela situação de repreensão pareceu incoerente com todo o restante das relações que vinha travando no mesmo contexto.

Após vivenciar tal conflito e graças à minha parceira bibliotecária, consegui o organograma (ANEXO A) do hospital em versão digital. No SCDC, fui informada de que o fluxograma do serviço estava sendo formalizado, mas o documento ainda não havia sido finalizado. Isto foi bom, no fim das contas, visto que a ausência do documento motivou uma das assistentes sociais do serviço a descrever oralmente o funcionamento do mesmo, o que me concedeu uma versão mais viva de seus fluxos. Naquele momento, eu ainda tinha muitas dúvidas em relação a termos técnicos relacionados à assistência em saúde, tais como referência, contrarreferência e regulação, que foram utilizados pela servidora em sua fala e com os quais eu não estava familiarizada. Também estava incerta sobre como vislumbrar um fluxograma

organizado a partir dessa conversa. Muito do que ela me dizia na ocasião foi fazendo sentido mais tarde, após algumas leituras e outras conversas.

No semestre seguinte, foi afixado um pôster em lona na sala de espera do SCDC (ANEXO B), no qual constava uma versão oficial – e simplificada – da organização de seus fluxos, bem como os nomes de cada servidor/a e suas respectivas atribuições, tais como especialidade e ambulatórios onde atende. Este documento foi produzido na ocasião da II Jornada Acadêmica do Serviço Caminhar, realizada em outubro de 2014. Também foram confeccionados outros pôsteres nesse momento, um para cada especialidade e/ou ambulatório do serviço, com informações descritivas de seus objetivos e atribuições. Estes foram guardados na sala da coordenação do SCDC. A essa altura, a expectativa de encontrar uma estrutura hermética e um fluxograma sólido do serviço já havia caído por terra, sendo deslocada pela curiosidade a respeito da complexa trama de percursos possíveis dentro do mesmo durante o processo diagnóstico. Já era sabido que esse documento oficial seria apenas mais uma referência à estrutura e à dinâmica do serviço, nem menos, nem mais importante. Ainda bem.

Nesse momento, foi também possível aproveitar o tempo de tramitação da avaliação ética do projeto para analisar as fichas de produção do SCDC (ANEXO C), após negociação com a coordenação do serviço. Foram lidas as fichas de produção referentes ao período entre janeiro de 2012 e novembro de 2014⁴, tendo em vista que a avaliação de um/a usuário/a, até culminar em um diagnóstico, pode durar até mais de um ano e se desdobrar em encaminhamentos e no acompanhamento pelo serviço por mais algum tempo. Além disso, como pretendia discutir processos em curso, considerei conveniente que os casos não fossem demasiadamente antigos; por isso, optei pelos registros mais recentes.

Nas fichas consultadas, quando havia menção ao TDAH – em geral, por meio de um código correspondente –, foram anotadas: características do/a usuário/a, tais como seu sexo e sua idade; profissional responsável pelo preenchimento da ficha e sua especialidade; além de números de prontuário, os quais serviriam para buscá-los no arquivo do hospital, tão logo fosse liberado o acesso a eles. Ao longo desse processo de leitura e triagem, foi construída uma tabela (APÊNDICE B) para organizar as anotações decorrentes do mesmo. A consulta a essas fichas foi importante para compor um panorama estimado dos casos que vinham circulando no serviço e também conhecer algumas das peculiaridades que a eles se relacionavam, tais como: quem

⁴ As fichas do mês de dezembro de 2014 ainda não haviam sido incluídas no arquivo do serviço, pois haviam sido retiradas para o setor de contas médicas.

preenche as fichas de produção com o código referente ao TDAH, quais as comorbidades frequentemente aglutinadas, bem como as características dos/as usuários/as associados/as a ele.

Sobre as fichas de um modo geral, essa primeira aproximação me permitiu observar que nem todas as fichas são preenchidas integralmente. Por vezes, o código referente ao diagnóstico ou hipótese diagnóstica está em branco. Outras vezes, o código preenchido é referente ao procedimento específico realizado: nas fichas do serviço social, essa coluna é preenchida com códigos próprios, para indicar se foi solicitado algum benefício, por exemplo. Também foi possível observar que alguns profissionais nunca ou raramente preenchem o código do TDAH somado a outro código, enquanto outros fazem isto com frequência. Há quem preencha com TDAH a ficha sem que seja sua competência diagnosticá-lo, possivelmente por já receber o/a usuário/a com o laudo.

Enquanto realizava essa tarefa de triagem, pude notar que esta era uma atividade que me mantinha frequentemente presente no serviço e me permitia acompanhar o seu cotidiano com mais regularidade. No período entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, marcava presença no SCDC em turnos alternados para trabalhar na pesquisa, convivia com seus servidores e observava cenas corriqueiras que, vez ou outra, capturavam-me, disparando afetos e reflexões. Isto alimentou e enriqueceu o diário de campo⁵ que vinha confeccionando, com cores, sons, cheiros e outras nuances de uma imersão no lugar e suas relações, que ali me atravessavam e envolviam. Estando cotidianamente no hospital, também se intensificaram os encontros, conversas e trocas.

Como imaginei que aconteceria, o campo de pesquisa ia ficando cada vez menos restrito ao hospital, “abordando-me” em outros espaços da universidade e mesmo fora dela. Com isto, cheguei inclusive a receber ligações telefônicas da psicóloga do serviço, em virtude do trabalho. Esta foi uma situação que me suscitou muitas dúvidas, no que diz respeito à minha conduta como pesquisadora. No entanto, aos poucos me convenci de que, de certo modo, a minha proximidade anterior com essa profissional teria algum peso no processo do pesquisar, assim como as nuances de cada relação que estabeleci também teriam.

⁵ Ao iniciar minhas anotações em campo, pretendia reuni-las todas por escrito em um caderno, que foi comprado justamente para esta finalidade. No entanto, a falta de disciplina que tive em carregá-lo sempre comigo, para alimentá-lo quando fosse necessário e oportuno, assim como as dificuldades que encontrei, em algumas ocasiões, para reservar um tempo e um espaço adequados para essa escrita, fizeram-me também lançar mão de outras formas de tomar notas, tais como: papéis avulsos ou folhas da minha agenda, quando estavam ao alcance mais direto; áudios gravados no celular, quando os relatos eram numerosos e a escrita não facilitaria o registro; bloco de notas do celular, quando estava no hospital sem lugar para escrever à mão e nem privacidade para gravar um áudio; e bloco de notas de computadores do serviço, enquanto trabalhava neles e algo me ocorria/afetava.

Na segunda quinzena de fevereiro, o parecer sobre meu projeto foi liberado no Comitê de Ética (ANEXO D) e, a partir de então, foi autorizada a consulta a prontuários e a realização de entrevistas. No intuito de mergulhar ainda mais nos processos de diagnóstico do TDAH, escolhi, dentre os números de inscrição triados, alguns prontuários com maior número de atendimentos registrados no ano de 2014, para leitura. Observei características como a idade do/a usuário/a, outros transtornos associados e tempo no serviço para selecionar alguns, no esforço de fazê-los variar entre essas características. Ao todo, foram lidos cinco prontuários.

Após finalizar esta etapa, avisei no SCDC que ficaria ausente por um período, por conta de estar de mudança para uma temporada de intercâmbio de estudos no Rio de Janeiro. No período de intercâmbio, tive oportunidade de discutir intensamente aspectos relacionados à pesquisa, contando com numerosas oportunidades de ampliar a minha reflexão a seu respeito. Participei de disciplinas e grupos de estudo que muito contemplaram o campo de interesses da pesquisa, além de acompanhar eventos acadêmicos, lançamentos de livro e conhecer outros serviços públicos/universitários que ofereciam o diagnóstico de TDAH na cidade. Essas experiências certamente dilataram o espectro de visibilidades que vinha criando para lançar o olhar ao meu campo de estudo.

Depois de alguns meses em intercâmbio, retornei ao SCDC. Esse momento foi dedicado a viabilizar as entrevistas com profissionais do serviço incumbidas de participar da elaboração do diagnóstico de TDAH. Essas participantes foram escolhidas a partir do estudo das fichas de produção do serviço e das conversas no cotidiano de visitas ao mesmo, por meio das quais se demonstrava a sua implicação nesse processo diagnóstico. Convidei, uma a uma, para participar da pesquisa, explicando do que se tratava e levantando possíveis datas. Ao decidirmos a data, afixei um lembrete na sala da coordenação e entreguei a cada uma um convite impresso – procedimento sugerido pela psicóloga, também participante.

Em virtude de estar, nesse momento, firmando parceria com um aluno de graduação do curso de Pedagogia, membro do grupo InquietAções como eu e também interessado em pesquisar o diagnóstico do TDAH no serviço, resolvi realizar uma entrevista em grupo e conduzi-la junto com ele. Adaptamos o roteiro da entrevista semiestruturada a fim de contemplar as perguntas de pesquisa de ambos (APÊNDICE C). A opção pela entrevista em grupo implicou a exploração da potência que tem o debate coletivo, mas, por outro lado, também acarretou a decisão de não levarmos à discussão casos concretos específicos atendidos no serviço, para evitarmos criar um clima de policiamento acerca da retidão do trabalho de cada servidora, tanto entre nós e elas, quanto entre elas mesmas.

Embora com alguma dificuldade, a entrevista foi viável. Agendamos um dia no início de outubro de 2015 para estar com quatro profissionais do SCDC envolvidas no diagnóstico de TDAH: uma neurologista, uma pediatra, uma geneticista – também coordenadora do serviço – e uma psicóloga. Demoramos para iniciar a atividade, em virtude do atraso de três das quatro servidoras que estariam conosco. Ao longo da entrevista, também tivemos frequentes interrupções por conta de entrada e saída das participantes da sala: para entrar quando a atividade já havia começado, para atender ao telefone ou para sair antes de terminar o encontro, por conta de outro compromisso. Todo o áudio da entrevista foi captado por dois aparelhos gravadores, após autorização das entrevistadas.

De um modo geral, como poderíamos esperar, as profissionais, que trabalham há anos juntas no serviço, manifestaram prontamente consensos a respeito das perguntas que fizemos, afirmando seu respaldo científico. No entanto, foi possível notar indícios de discordâncias também, para as quais precisamos dar mais atenção e destaque em alguns momentos. No avançar da conversa, algumas perguntas foram acrescentadas ao roteiro, a fim de aproveitar os rumos que estávamos tomando e também provocar problematizações. Apesar de evidente cooperação de quem estava presente para mantermos um clima cordial e ameno, algumas perguntas suscitaram polêmicas e deixaram emergir pontos de dissenso existentes entre nós, pesquisador e pesquisadora, e as profissionais da equipe, assim como entre elas mesmas. De todo modo, ao final desse encontro, houve inclusive sugestão entusiasmada para que continuássemos discutindo o assunto, com mais gente do serviço.

Dois dias depois da entrevista, a psicóloga me ligou alegando estar com receio de que tivéssemos entendido equivocadamente os seus posicionamentos, que haviam sido bastante incisivos na entrevista. Conversamos por mais de uma hora, na qual ela me apresentava novamente seus argumentos e narrativas. Durante a ligação, tomei notas do que a psicóloga dizia e, ao finalizá-la, teci mais alguns comentários no diário.

Dediquei-me por um tempo a transcrever integralmente as perguntas e respostas da conversa e, em virtude das adversidades ocorridas durante a sua realização e também por conta do processo de análise que já vinha se desenrolando, algumas questões adicionais foram surgindo. Aproveitei que retornaria ao serviço, para entregar e buscar documentos referentes à entrevista, para tirar minhas dúvidas com algumas participantes que se fizeram ausentes em alguns momentos ao longo da referida atividade e complementar as anotações sobre a mesma no diário de campo.

1.1 O Serviço de Crescimento e Desenvolvimento – Caminhar

No avançar dessa imersão em campo, não só ampliei meu aprendizado sobre o diagnóstico do TDAH, mas também aprendi muito sobre a emergência do serviço em estudo e suas implicações históricas com a rede de atenção à saúde de Belém. Além das produções bibliográficas que remontam essa narrativa, diferentes profissionais que participaram da fundação do SCDC e/ou nele ainda atuam relataram-me as suas versões sobre a criação, a divulgação, a estruturação, as modificações, entre outros aspectos da história do serviço.

Alencar (2013) relata que, desde que foi instituído, o SCDC tem como lugar o Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), no bairro da Terra Firme, em Belém. O nome do hospital é uma homenagem à homônima cardiologista paraense, que foi também professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Segundo a autora, o HUBFS é um hospital especializado em média e alta complexidade que tem três serviços de referência: Oftalmologia, Otorrinolaringologia, e Crescimento e Desenvolvimento.

Antes de ser criado o SCDC na capital paraense, existia, na década de 1990 e no início da década de 2000, grande demanda pela criação de políticas relativas à saúde da mulher e da criança, diante dos altos índices de casos de crianças com deficiência, tais como dificuldades motoras, visuais e auditivas, registrados pelo UNICEF na região Norte e da carência de estratégias assistenciais específicas para lidar com isso (MONTEIRO, 2006). Segundo a autora, essa demanda estaria relacionada a complicações no nascimento das crianças, decorrentes de falta de acompanhamento e informação das gestantes, sendo um dos enfoques em destaque a atenção aos casos de gravidez na adolescência, muito numerosos no estado.

Monteiro (2006) explica que, na época, o único serviço especializado no atendimento de crianças com deficiência no Pará correspondia ao Programa de Estimulação Precoce, vinculado à rede de atenção à Saúde da Mulher e da Criança, por meio da Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente (UREMIA), ao qual eram encaminhadas crianças com problemas no desenvolvimento já em idade avançada, o que dificultava o trabalho de intervenção e reduzia a sua efetividade.

O SCDC surgiu em 2002, chamando-se Programa Caminhar, como desdobramento dessa política. Segundo Monteiro (2006), tal programa foi criado para descentralizar a rede de atendimento de crianças com alteração no desenvolvimento. Essa descentralização foi efetuada por meio de uma parceria entre a Prefeitura de Belém, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA), e a UFPA, representada pelo HUBFS.

Amira Figueiras, pediatra paraense atuante na UFPA, foi uma das fundadoras do serviço e o coordenou em seus primeiros anos de existência. Figueiras, Puccini, Silva e Pedromômico (2003) realizaram um estudo junto à rede da atenção primária à saúde, no município de Belém, a partir do qual afirmaram que seus profissionais apresentavam conhecimentos insuficientes sobre o desenvolvimento infantil e que sua atuação na vigilância do desenvolvimento não era realizada de maneira satisfatória, o que teria sinalizado a demanda pela capacitação técnica desses profissionais.

Sendo assim, a instituição do programa contou ainda com o apoio técnico de organismos como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF), parcerias por meio das quais foram oferecidas capacitações e material de referência para a formação de uma rede em prol da efetivação da política. Nesse contexto, Figueiras, Souza, Rios e Benguigui (2005) produziram o “Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI”, uma publicação da OPAS, na qual propõem diretrizes para capacitar esses profissionais da atenção primária a realizarem sistematicamente procedimentos de vigilância do desenvolvimento nas comunidades atendidas, com vistas ao encaminhamento dos casos de risco ao atendimento especializado. Esse Manual tem como premissa a necessidade de se identificar precocemente os riscos ao desenvolvimento infantil considerado sadio, de modo que se possa prevenir e/ou corrigir danos, promovendo o investimento no capital humano e qualificando o capital social, no Brasil.

Conforme relata Benguigui (2005), médicos e enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e no Programa de Saúde da Família também foram capacitados entre 2000 e 2004, o que proporcionou o encaminhamento de crianças com problemas no desenvolvimento atendidas na rede ao atendimento especializado, no Programa Caminhar, no qual 1.200 delas estavam em tratamento no ano de 2005.

A fim de avaliar o impacto dessas ações de capacitação da rede municipal de saúde e da estruturação do programa – e, posteriormente, serviço –, foram registradas todas as matrículas de usuários/as, por meio de um caderno no qual foram preenchidos, desde a sua criação, seus órgãos de origem, os motivos dos encaminhamentos, os dados da criança, entre outras informações⁶. Ao analisar o caderno, pude notar que o público inicialmente atendido no programa era caracterizado pelos chamados recém-nascidos de risco, em geral encaminhados pela Santa Casa de Misericórdia do Pará, onde funciona importante polo de atendimento

⁶ Informações obtidas durante conversa informal com uma das assistentes sociais do serviço, que permitiu o acesso e leitura do referido caderno.

materno-infantil do estado. Com o avançar dos anos, o caderno registra também o aparecimento de queixas mais específicas, relacionadas a problemas do desenvolvimento como demandas ao programa, tais como síndromes genéticas, e encaminhamentos de origens diversas, incluindo escolas e outros serviços da capital e do interior do estado. Esse arquivo demonstra, ainda, o aparecimento de demandas relacionadas aos chamados transtornos escolares e transtornos comportamentais, configurando um fluxo crescente e diversificado de casos direcionados ao serviço. Por conta disso, os atendimentos se desdobraram em diferentes ambulatórios, tais como: Ambulatório de Neurogenética, Ambulatório de Autismo, Ambulatório de Aprendizagem, entre outros.

Houve, portanto, um movimento de complexificação do programa que, segundo a narrativa de algumas de suas servidoras⁷, acompanha o processo de especialização do HUBFS, no momento em que passa a assistir média e alta complexidade, atuando especificamente nas áreas de otorrinolaringologia, oftalmologia e crescimento/desenvolvimento. Neste sentido, a neurologista que atende no serviço comentou que:

Antes, no hospital, nós não tínhamos um serviço especializado [...]. Era o atendimento básico, nós tínhamos o atendimento pra hipertenso, pra diabético, tinha o atendimento clínico. Aí tinha o atendimento pediátrico, aí tinha neuro, tinha oftalmo, tinha otorrino, cardio [...] quer dizer: eram várias especialidades. E depois foi que o hospital começou a se direcionar para o atendimento de especialidades como oftalmo e otorrino. Foi quando surgiu também o Caminhar [...] com o advento das UBSs. O hospital deixou de atender a parte básica, de atendimento básico, porque os pacientes foram direcionados para as UBSs – as unidades básicas de saúde.

Em 2008, o programa transformou-se em serviço credenciado no Sistema Único de Saúde, por meio da assinatura de um termo de cooperação técnica entre SESMA, UFPA e HUBFS, tendo suas atribuições definidas por meio do Regimento do HUBFS, publicado em 2009. Segundo esse documento, as ações assistenciais a cargo do serviço correspondem ao atendimento do público de crianças com problemas relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento, encaminhados pelo sistema de saúde e por outros órgãos, no sentido de realizar avaliação e esclarecimento do seu diagnóstico.

Atualmente, o serviço está estruturado em sete ambulatórios, atende usuários/as de todo o estado do Pará e dispõe de uma equipe de servidores técnicos/as efetivos/as, além de contar com professores/as, técnicos/as e alunos/as compondo diferentes atividades acadêmicas que ocorrem no hospital, por ser vinculado à UFPA. A residência em pediatria, o internato do curso de medicina, turmas de estágio, bem como projetos de pesquisa e de extensão de diversos cursos

⁷ Anotações feitas a partir de diferentes fontes: conversas informais e entrevista.

oferecidos na universidade são exemplos de atividades cujos/as professores/as e alunos/as também atuam no serviço. Por isso, o SCDC é caracterizado como polo de capacitação em desenvolvimento infantil, ocupando posição de referência no estado.

1.2 Manufatura das linhas de força: elementos de cartografar

O modo de abordar o campo de pesquisa, assim como a maneira de estar nele, envolve escolhas de cunho não apenas metodológico, mas também ético e político. Neste estudo, optei por problematizar as práticas que mobilizam o processo diagnóstico do TDAH, no SCDC: lançar certo jogo de luzes aos fazeres que têm permanecido na sombra do “natural” e aos modos de subjetivação/sujeição que vêm sendo, desta maneira, produzidos. Ao decidir pesquisar um lugar já frequentado, onde tinha experiências e implicações previamente erigidas, precisei assumir certo posicionamento e munir-me de subsídios que oferecessem suporte para administrar as forças afetivas, hierarquias, entre outras relações de que o contexto de pesquisa já dispunha, a fim de transitar em uma investigação mais densa e proveitosa. Para tanto, encontrei ferramentas – ou possibilidades – ao inspirar-me na genealogia e na cartografia, utilizando-as como raias para o arranjo de meu corpo-pesquisadora, a ser exposto, atravessado e afetado pelas práticas em curso no SCDC.

Primeiramente, façamos uma observação acerca da noção de prática utilizada aqui. Como prática, entendamos aquilo que fazem as pessoas. No ensaio intitulado “Foucault revoluciona a história”, Paul Veyne descreve a contribuição de Michel Foucault (1926-1984) para este uso do termo:

A prática não é uma instância misteriosa, um subsolo da história, um motor oculto: é o que fazem as pessoas (a palavra significa exatamente o que diz). Se a prática está, em certo sentido, "escondida", e se podemos, provisoriamente, chamá-la "parte oculta do iceberg", é simplesmente porque ela partilha da sorte da quase-totalidade de nossos comportamentos e da história universal: temos, freqüentemente, consciência deles, mas não temos o conceito para eles (VEYNE, 1971, p. 248).

Adoto, portanto, uma acepção literal e ampla da palavra, que abarca tanto práticas discursivas como não discursivas⁸. Neste sentido, Castro (2009, p. 337) complementa que: “O domínio das práticas se estende então da ordem do saber à ordem do poder”. O diagnóstico do

⁸Para Foucault, as práticas discursivas articulam-se como saberes, enquanto as práticas não discursivas dizem respeito às relações de poder (CASTRO, 2009). Embora distintos, saber e poder estão em relação de imanência, de modo que saberes implicam poderes e vice-versa. Por exemplo: um laudo pode ser tido como um documento constituído por saberes especializados, mas, ao mesmo tempo, estes saberes precisaram ser autorizados, no interior de relações de poder, para terem efeito de verdade.

TDAH, como processo, é tido como relação de forças, comunhão e embate de práticas em andamento. Como resultado, o laudo, documento, reúne discursos cientificamente legitimados sobre a pessoa diagnosticada e seu “transtorno”, produzindo efeitos de verdade, de poder e de subjetivação, na medida em que se constitui como um saber autorizado, em que interfere nas redes de relações dessa pessoa com seu meio social e diz de uma característica pessoal. Destarte, coloco em análise o conjunto (heterogêneo) de saberes e relações de poder implicados nesse processo, em sua existência local e datada, dialogando com o cotidiano de sua formulação em um serviço especializado. Isto quer dizer que o tomarei como um acontecimento e não como fato dado, estabelecido de forma neutra e sem história.

A genealogia, descrita por Foucault (2014a) como pesquisa da proveniência, cabe como perspectiva para o estudo do objeto-processo que problematizo, servindo como ferramenta para desnaturalizá-lo e reconsiderar o jogo de forças no qual ele emerge. Segundo o autor: “A pesquisa da proveniência não funda, muito pelo contrário: ela agita o que se percebia imóvel, ela fragmenta o que se pensava unido; ela mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo” (FOUCAULT, 2014a, p. 63).

Como já comentei anteriormente, o discurso do serviço universitário estudado, que se pretende verdadeiro e científico, está constantemente buscando afirmar-se coeso, unânime e seguro. A adoção de uma perspectiva genealógica, na medida em que nos permite recolocar em cena as práticas que negociam e produzem o TDAH no SCDC, enfatizando sua historicidade e sua implicação em relações de poder, serve, pois, como tática para abrir passagem a saberes antes sujeitados e desconsiderados em uma discursividade naturalizada, tidos como ingênuos ou insuficientemente elaborados nos parâmetros hegemônicos de cientificidade.

Gilles Deleuze (2013) caracteriza Foucault como um cartógrafo, ao identificar, em seu livro “Vigiar e Punir”, novos operadores de análise na forma de metáforas espaciais, utilizados para dar conta das relações de poder, finalmente descritas. Como topologia dinâmica (PRADO FILHO; TETI, 2013), uma cartografia social possibilita a diagramação das forças que encontramos no campo, de modo a seguir o arranjo de movimentos, densidades e intensidades concernentes ao jogo das relações que culminam na produção do diagnóstico e atualizá-lo como “mapa” de forças.

Na cartografia, a imagem do rizoma oferece-nos uma das chaves para articular essa organização. Deleuze e Guattari desenvolveram tal conceito a partir de uma metáfora da classificação botânica de um tipo de caule que cresce horizontalmente sem um eixo definido (PRADO FILHO; TETI, 2013). No sentido metafórico aplicado à cartografia, considerando que

as relações de força estão em rizoma, os autores as colocam em um plano transversal, acêntrico e indefinido, aberto à multiplicidade e constituindo uma rede móvel. Afirmar que as práticas produtoras do TDAH no SCDC estão em relação rizomática sugere, então, pensá-las para além da hierarquia formal especialista-paciente ou entre os especialismos. Considera-se, em vez disso, sua produção por uma rede complexa e cujas conexões seguem emaranhadas e cambiantes. Diferenças hierárquicas, nessa perspectiva, não supõem dominação intransponível. Elas funcionam como diferenças de fluxos e densidades no que se refere às possibilidades de exercício de poder, no processo decisório que culmina no referido diagnóstico.

Segundo Passos e Barros (2009), a cartografia funciona como uma orientação ética da abordagem do campo, pautada pelo comprometimento de que este não será o mesmo após a passagem da pesquisa, rompendo com a postura de pretensa neutralidade e imparcialidade científicas, que tradicionalmente intervêm na produção acadêmica de conhecimento. Para os autores, cartografar supõe uma implicação constante entre o pesquisar, aquele que pesquisa, aquilo que é pesquisado e o que afinal é produzido. Neste sentido, os percursos da investigação não se enrijecem em torno de um trajeto linear previamente estipulado; ao invés disso, a inserção no campo de pesquisa é que dá forma às metas e aos procedimentos que serão empreendidos a fim de produzir interlocuções às perguntas de pesquisa.

Barros e Kastrup (2009) acrescentam que cartografar requer imersão no campo, considerando que a tarefa de desenhar a rede de forças em conexão com o objeto-processo investigado, em suas articulações históricas e seus movimentos em curso, requer o acompanhamento de processos. Ou seja, é necessário habitar o território da pesquisa e dele participar, a fim de poder contaminar-se das relações que permeiam a dinâmica desse campo, intrigar-se e produzir articulações. Estar em implicação e, a partir disso, interrogar o campo. É “como um gaguejar na própria língua para realizar um estranhamento na mesma a fim de abrir-se ao olhar estrangeiro e despregar-se das naturalizações que colam nos corpos e subjetividades” (LEMOS; SILVA; GALINDO; MENDES, 2015, p. 216).

Se seguirmos a narrativa sobre os caminhos trilhados ao longo da pesquisa, podemos notar que a elaboração desta cartografia se deu por meio da imersão no contexto da produção dos diferentes documentos analisados. Levando em conta as pretensões de análise histórica desta pesquisa, ao se orientar como genealogia cartográfica, entendo o documento como produção histórica, fruto de agenciamentos que o conformaram de determinada maneira e não de outra. Empresto a ideia de documento-monumento, de que fala Le Goff (1990), com a qual

o autor descreve a dilatação do conceito de documento, a partir do qual ressalta a importância de se prestar atenção às séries e forças que o produziram:

O documento não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder. Só a análise do documento enquanto monumento permite à memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente, isto é, com pleno conhecimento de causa (LE GOFF, 1990, p. 545).

Desse modo, as portarias, protocolos, prontuários, pôsteres, trajes e espaço físico do serviço e do hospital, bem como entrevista e diário de campo, constituíram o corpo documental deste estudo. Alguns já existiam e foram consultados; outros documentos, por outro lado, foram forjados ao longo da pesquisa. Para cada matéria documental, o olhar lançado parte da mesma premissa: todos os documentos são produtos, frutos de determinado jogo de forças que os fez como tal.

No mesmo sentido, este estudo também resulta em um documento. Como afirma Kastrup (2010), a pesquisa é um trabalho de construção, no qual os dados são criados a partir do que estava “dado” apenas virtualmente. O ato de pesquisar e problematizar um campo implica, pois, a atualização dessas virtualidades, por meio das conexões estabelecidas entre os meios e o objeto de problematização. Daí a importância de se manter a sensibilidade para a implicação da pessoa que investiga com o campo pesquisado e as suas referências conceituais.

Esta narrativa reporta o encontro com as seguintes séries de práticas: “TDAH como fato científico”, “práticas e instrumentos de diagnóstico”, “aglutinações de categorias nosológicas”, “busca pela integralidade no serviço de diagnóstico”, “vigilância e tutela do desenvolvimento infantil”, “relação do TDAH com a queixa escolar”, “efeito redentor e de cidadania do laudo”, “produção de mercados para o consumo de terapias” e “resistências frente à prescrição de drogas”. Friso que essas séries mantêm entre si conexões múltiplas, transversalidades que tocam rupturas históricas, ordens discursivas e deslocamentos políticos cuja complexidade transborda nossas possibilidades de captura, de modo que não assumo o seu esgotamento como escopo deste trabalho. Considerando a lógica rizomática com que visualizo o campo estudado, apresento uma topologia possível para o seu entendimento, como um diagnóstico perspectivo do presente, ao nível do acontecimento. De posse desses elementos organizativos, sigo narrando os rumos deste trabalho, discutindo tais séries nos capítulos seguintes.

2 EMERGÊNCIA E OBJETIVAÇÃO DA CATEGORIA TDAH

No contexto atual de cuidados com o desenvolvimento e desempenho escolar das crianças, temos, entre as questões mais frequentes, um foco razoavelmente vigilante aos chamados problemas de hiperatividade e de atenção, como questões a serem investigadas e corrigidas, caso estejam presentes, para um bom desenvolvimento psíquico e moral da criança. Não são poucas as histórias de crianças diagnosticadas, com laudos médicos, por serem associadas a esses problemas, sem contar as que ainda estão em processo de avaliação, em um percurso árduo entre a escola e os serviços de saúde.

O TDAH, como vêm sendo chamados esses problemas na literatura científica, é, segundo Caliman (2008), um dos diagnósticos mais estudados no campo da neuropsiquiatria e também considerado um dos mais controversos da atualidade. Antes de tomar a forma que conhecemos hoje, diversos contornos foram dados à construção dessa categoria.

2.1 O encontro entre males hipercinéticos e avarias atentas: um traçado histórico

As problemáticas referentes ao TDAH têm, em suas linhas de proveniência, enlances históricos com os primórdios da educação escolar. Guarido (2007) relata que, no início do século XIX, a principal categoria utilizada para as crianças identificadas com esses problemas era a idiotia, um tipo de retardo mental que não tinha caráter de doença mental, sendo muito mais uma categoria pedagógica. Caliman (2010) acrescenta que o idiota ou imbecil moral, sendo aquele que apresentava uma conduta desviante dos padrões normais de desenvolvimento cognitivo e moral, foi sendo convertido em hiperativo, ou portador de um transtorno neurológico. Assim, essas dificuldades escolares foram processualmente ganhando contorno de problema de saúde, entre o final do século XVIII e o início do século XX, a partir do que se reconhece como as primeiras elaborações médicas acerca do comportamento de crianças que apresentam os chamados sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

A história oficial do TDAH costuma datar em 1798, a partir dos trabalhos do médico escocês Alexander Crichton, a primeira aparição da desatenção como sintoma na literatura médica, onde já se podiam identificar aspectos muito semelhantes aos critérios postulados na quarta edição do Manual Diagnóstico de Desordens Mentais (DSM IV) para o comportamento desatento (GAEFF; VAZ, 2008). Segenreich e Mattos (2014) acrescentam que Heirich Hoffman, em 1844, foi quem inicialmente descreveu sintomas de hiperatividade e

impulsividade de maneira mais expressiva, “num relato que não caracterizava um estudo sobre hiperatividade infantil, mas sim uma história para divertir seu filho” (p. 43).

Nessa narrativa oficial, atribui-se frequentemente a George Still, pediatra inglês, a primeira definição de um quadro que combina déficit de atenção e hiperatividade, em estudo apresentado à Royal Society of Medicine, em 1902 (BOARINI; BORGES, 2009). Segenreich e Mattos (2014) afirmam que Still descrevia o problema como um déficit de controle da moral, considerando que as crianças estudadas apresentavam dificuldades de seguir regras a elas apresentadas. Segundo Caliman (2010), por mais que Still mencionasse a questão da falta de atenção em algumas de suas formulações explicativas, sua proposta não a enfatiza como elemento definidor do transtorno por ele descrito, tendo a hiperatividade e a impulsividade como aspectos centrais, que culminariam no problema de controle da moral.

Trinta anos mais tarde, em 1932, Franz Kramer apresenta a hipótese de que o transtorno hipercinético infantil, como ele o denominou, era causado por uma espécie de lesão cerebral mínima (SEGENREICH; MATTOS, 2014). Dumas (2010) afirma que a hipótese de lesão cerebral mínima se deveu a uma epidemia de encefalite que acometeu os Estados Unidos e o Canadá, após a Primeira Guerra Mundial. Como as crianças que se recuperavam da doença apresentavam comportamento caracterizado como hipercinético, foi suspeitada a existência de lesões cerebrais que estariam causando os sintomas, acreditando-se, por conta disso, que sintomas semelhantes observados em outras crianças seriam igualmente causados por lesão.

Alguns anos depois, em 1962, afirmou-se que não era possível identificar qualquer tipo de lesão na anatomia cerebral dessas crianças, sendo esta hipótese refutada e substituída pela noção de disfunção cerebral mínima, que estaria vinculada a um mau funcionamento das faculdades de atenção e controle inibitório no cérebro; em outras palavras, ligada a alterações funcionais em vias nervosas (SEGENREICH; MATTOS, 2014; ROHDE; BARBOSA; TRAMONTINA; POLANCZYK, 2000).

Dumas (2010), ao descrever o modelo explicativo de Russell Barkley para o TDAH, apresenta formulações nessa mesma linha, abordando os sistemas neurológicos de inibição comportamental. De acordo com esse modelo, os sintomas das crianças tidas como hiperativas seriam expressões comportamentais de déficits em algumas funções executivas, as quais dependeriam de tal controle inibitório para seu funcionamento normal. Entre elas, são elencadas as funções de autorregulação afetiva e emocional e a interiorização da linguagem, que estariam ligadas ao desenvolvimento de comportamentos acadêmicos e de reflexão e comportamento morais, respectivamente, na medida em que dariam suporte maturacional para a assimilação de

regras e o cumprimento de normas. Trata-se de uma explicação neurológica acerca de uma questão complexa, que é o comportamento humano e sua relação com a moralidade, a qual produz o efeito de tornar dificuldades de disciplinamento passíveis de intervenção médica.

Caliman (2010) afirma, em relação às proposições mencionadas, que o encontro entre a epidemia de encefalite letárgica e as questões de hiperatividade e desatenção, assim como a hipótese subsequente que supõe disfunções não ocasionadas por lesão alguma, não deve ser tomado como descoberta brilhante de um olhar científico apurado. Do ponto de vista científico, tais elaborações eram vagas e abrangentes demais, criando o que a autora chamou de “diagnósticos guarda-chuva”. Para além disto, salienta que a ideia de localizar a causa do problema no cérebro, por cumprir um papel socialmente desejado, no contexto de combate à delinquência e outros desvios morais, engendra o que chamou de medicalização da moral. A autora argumenta que essa estratégia qualifica problemas tradicionalmente encarados como questões morais, tais como delinquência, indisciplina e outras afrontas à ordem, como problemas biológicos, de indivíduos, ocultando suas raízes na dinâmica social e política.

Sobre isso, Sucupira (1985) já afirmava que, apesar de ser impreciso e frágil, o conceito nosológico para a hiperatividade não só foi aceito, como ganhou relevo e popularidade, em virtude da forte necessidade de se medicalizar uma problemática social. Nos Estados Unidos do final da Primeira Guerra Mundial, existia uma urgência em solucionar a crise representada pela corrida espacial e a insuficiência dos sistemas escolares para sustentá-la. O foco recaiu, portanto, sobre a educação das crianças, que passaram a ser classificadas nosologicamente pelas suas condutas indisciplinadas e mais um conjunto de outras características que ameaçassem a ordem e a produtividade.

A disfunção cerebral mínima, tendo tido grande aceitação na sociedade, perdurou como uma nomenclatura válida para o quadro, até que a Associação Americana de Psiquiatria (APA) organizou o conceito em seu manual diagnóstico, na tentativa de uniformizar o seu uso na comunidade científica, sem, contudo, modificá-la conceitualmente de maneira significativa. Segundo Segenreich e Mattos (2014), é em 1968, na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM II), que é inserida a “reação hipercinética da infância” como classificação nosológica, ainda com ênfase nos sintomas de hiperatividade.

Somente na terceira edição do manual da APA (DSM III), de 1980, é classificado o quadro combinado de desatenção e hiperatividade, à guisa de substituição das nomenclaturas anteriores, sendo chamado de Transtorno do Déficit de Atenção com dois subtipos: com ou sem hiperatividade (SUCUPIRA, 1985). Houve, ainda, uma revisão da terceira edição (DSM III-R),

em 1987, na qual foi suprimida a classificação em subtipos, considerando-se unitário o diagnóstico de TDAH (SEGENREICH; MATTOS, 2014). Nesse momento, a ênfase do diagnóstico à desatenção é considerada o elemento central do quadro, estando a hiperatividade presente ou não.

A maior parte das publicações recentes em português a respeito deste tema refere-se à quarta edição do manual da APA (DSM IV), de 1994, ou sua revisão (DSM IV-TR), de 2000, como versões mais atualizadas e, portanto, de uso corrente, tendo em vista que a quinta edição (DSM 5) foi publicada apenas em 2013, com tradução para o português em 2014. Em relação à edição anterior, a quarta edição acrescenta que os sintomas do TDAH podem persistir na vida adulta, além de serem reassumidos os subtipos propostos no DSM III (SEGENREICH; MATTOS, 2014). Transformando o TDAH em um problema não mais restrito à infância, essa edição configura mais uma investida no sentido de fazer a referida categoria abranger cada vez mais segmentos da população, na tentativa de explicar e resolver problemas a partir de uma perspectiva médica.

A quinta edição do DSM, após doze anos de vigência da edição anterior, dá prosseguimento a este processo de patologização de diferentes questões da vida em sociedade, de maneira crescente, não apenas no que diz respeito ao TDAH, dilatando também outros transtornos já descritos e criando novas classificações nosológicas. No que se refere ao TDAH, Segenreich e Mattos (2014), como bons disseminadores da história interna⁹ desse diagnóstico, exaltam os anos de estudo que permitiram à quinta edição do DSM: modificar a idade máxima de início dos sintomas, de sete para doze anos; dissolver os subtipos do transtorno, considerando que diferentes sintomatologias de pessoas diagnosticadas com TDAH devem ser concebidas como diversas apresentações clínicas de uma mesma patologia; e, ainda, aponta como possibilidades de comorbidade alguns diagnósticos que antes excluía a hipótese do TDAH, como, por exemplo, os transtornos do espectro autista. Essas modificações tornam o diagnóstico mais abrangente e aplicável a um maior número de pessoas, sob a justificativa de que há uma parte da população que vive o transtorno, mas não está sendo tratada por não preencher suficientemente os critérios diagnósticos.

A respeito desse movimento de legitimação e expansão da categoria nosológica, podemos destacar como fator de peso o investimento da indústria farmacêutica na produção de pesquisas e supostas evidências de que o transtorno é cientificamente comprovado e

⁹ Nefsky, citado por Caliman (2010) denomina historiadores internos do TDAH aqueles que contam a sua história pela perspectiva do discurso neurocientífico, na qual são exaltados os marcos médicos de sua formulação como avanços, pela afirmação de sua legitimidade biológica e cerebral.

corresponde a uma condição neurológica altamente prevalente na população. Com efeito, não é difícil observar o vínculo de pesquisas expressivas, no contingente de produções que buscam fundamentar e legitimar o TDAH, com laboratórios que produzem os medicamentos destinados às pessoas diagnosticadas como tal. Paulo Mattos, Luís Augusto Rohde e Guilherme Polanczyk, por exemplo, têm numerosas publicações nesse campo e têm, em suas pesquisas, financiamento das empresas Eli-Lilly, Shire, Janssen-Cilag e Novartis (MATTOS; POLANCZYK; ROHDE, 2012), sendo que as duas últimas, respectivamente, produzem o Concerta e a Ritalina, nomes comerciais do cloridato de metilfenidato, que é o fármaco mais utilizado para tratar o TDAH.

Além disso, avanços na área médica, especialmente no que diz respeito ao arsenal tecnológico utilizado em suas práticas de exame, vêm conferindo força a esses discursos. Sabe-se que o desenvolvimento de exames de neuroimagem, entre outras tecnologias de visualização, contribuem frequentemente para a afirmação de que o TDAH existe e pode ser comprovado como uma entidade clínica, endógena e cerebral (CALIMAN, 2010). Também são frequentes as pesquisas que buscam relacioná-lo a determinações genéticas, sendo esta uma das frentes de biologização do problema, contribuindo para o avanço do consumo de terapias medicamentosas, a exemplo de Breinis (2014), que sustenta a legitimidade dessa etiologia e (des)qualifica como injustas as críticas dirigidas à via farmacológica de tratamento.

Tais críticas estão frequentemente associadas à defesa de perspectivas psicossociais para explicar a problemática, configurando resistência à hegemonia do discurso médico científico que constitui sua história oficial. Nesse sentido, as discussões intermináveis a respeito das causas determinantes do quadro relacionam-se à controversa história de sua conceituação e às maneiras como foram e ainda são apresentadas as soluções para o mesmo, considerando-o como uma problemática concreta, embora sem determinação consensual. Com efeito, Dumas (2010) afirma que o estudo científico dos fenômenos de desatenção, hiperatividade e impulsividade sempre foi marcado pelo tensionamento entre perspectivas biológicas e psicossociais a respeito de sua gênese. Ou seja, entre uma abordagem unidimensional e outra multidimensional.

Na abordagem unidimensional, costumeiramente estariam enquadradas as perspectivas biomédicas acerca da causalidade do transtorno. Dentre essas perspectivas, Breinis (2014) destaca as hipóteses relacionadas a fatores genéticos, à anatomia funcional, à neuroquímica e ao neurodesenvolvimento, considerando fatores ambientais como agravantes, porém não determinantes diretos do quadro. O autor garante que centenas de estudos comprovam a fundamentação do TDAH como distúrbio neurobiológico de origem genética, ressaltando a validade de seus dados pela sua vinculação com as neurociências e as tecnologias de imagem.

A abordagem multidimensional estaria mais frequentemente associada a estudos não médicos, articulados por saberes psicológicos, sociológicos, antropológicos, filosóficos, entre outros. Podemos dizer que essa abordagem ainda cumpre papel contra-hegemônico no que diz respeito à sua autoridade científica e política, embora possamos caracterizá-la como importante produtora de rupturas não apenas no estudo e trato social dos problemas de atenção e hiperatividade, mas também de muitas outras esferas do atendimento à saúde mental, em diferentes públicos.

Por mais útil e didática que seja essa divisão em duas abordagens, no sentido de fazer ver um contraste no campo de embates sobre o que seria o TDAH, existem nuances desse campo de discussões que não são contempladas por ela. Atentemos para o fato de que o livro “Psicopatologia da Criança e do Adolescente”, onde Dumas (2010) propõe essa divisão dual, é da editora Artes Médicas, a mesma que edita o DSM, articulando-se à narrativa oficial do TDAH, que tende a legitimá-lo como transtorno neurológico. Caliman (2010), por outro lado, apresenta-nos, no espectro dos críticos dessa história oficial, uma leitura na qual se tem, desde os que questionam a inconsistência dos critérios diagnósticos para o suposto transtorno, até os que negam completamente a sua existência. Nesse sentido, haveria então um campo aberto de perspectivas sobre o TDAH onde inclusive admite-se a possibilidade de se tratar de um transtorno fictício, cuja invenção teria ainda uma diversidade de explicações possíveis.

A respeito da fundamentação teórica do TDAH no SCDC, podemos afirmar que se aproxima da perspectiva oficial apresentada no sistema da APA, no DSM IV. Neste sentido, vemos que a afirmação do TDAH como um distúrbio de cunho biológico cerebral é corrente no referido contexto, como se pode notar no seguinte trecho da entrevista em grupo:

Psicóloga – No cérebro... Não, é mais cerebral do que corporal... É isso que as pessoas têm dificuldade de entender. O déficit de atenção está centrado no cérebro. É uma atividade exagerada. Cerebral. Ela é tão grande que ela vai pro teu movimento. Então, pra acalmar esse cérebro, a pessoa acaba ficando agitada, entendeu?

Neurologista – Na verdade, se a gente for falar em áreas cerebrais, eu diria: tá relacionado ao giro frontal médio do lobo que é responsável pelo movimento. Então é como se ele fosse... Ele não consegue ficar quieto e, por conta disso, ele tem a dificuldade de aprendizagem. Mas quando você começa a trabalhar esse processo de comportamento dele, ele aprende sem problema algum.

A noção de que o TDAH é disfunção e não uma lesão, premissa datada em 1962 pela história oficial, também é corroborada pela neurologista:

O déficit de atenção, TDAH, ele não tem lesão cerebral. Ele tem – eu sempre brinco que ele tem – uma disfunção nas áreas de concentração dele [...], mas não tem uma lesão estrutural. Você olha uma ressonância dele, não tem nada. Tá normal. É só uma disfunção mesmo.

Apesar de admitirem que há relações dessa suposta disfunção cerebral com outros aspectos da vida da pessoa que identificam como portadora do transtorno, os discursos das profissionais do SCDC reafirmam o lugar desses aspectos como desencadeadores e/ou agravantes de uma condição que é biologicamente concreta e não pode, portanto, ser determinada por outros fatores. Como afirma, por exemplo, a psicóloga, na entrevista em grupo: “[...] não é uma questão social. A questão social, ela é um agravante. Entendeu? Então vamos dizer o seguinte: ele é TDAH e a questão social potencializa a agitação”.

A tendência a cobrir cada vez mais públicos com o diagnóstico de TDAH também pode ser observada no SCDC, na medida em que vemos um espectro de usuários/as associados/as à categoria, composto desde crianças de um ano e seis meses a adolescentes de quinze anos. Dizer que um transtorno hipercinético foi identificado em um bebê de um ano e seis meses pode provocar espanto, mas, como afirmam Caliman e Domitrovic (2013), parece que estamos tratando de um diagnóstico sem fronteiras, sem limites internos e externos, que se orienta a cada vez maior espectro de abrangência. Além disso, também estamos falando de um serviço pautado na lógica da prevenção de riscos no desenvolvimento, o que acentua a precocidade com que são atribuídos diagnósticos, não só de TDAH, mas de diversas outras classificações, extremamente variadas. A idade máxima de quinze anos também parece seguir a mesma lógica, visto que a categoria já não é, desde o DSM IV, exclusividade do público infantil, configurando um quadro que perdura por toda a vida e até mesmo considerado incurável. Se o serviço não tivesse um escopo limitado a crianças e adolescentes, possivelmente encontraríamos também adultos diagnosticados.

Vemos, portanto, que as posições teóricas para a fundamentação do TDAH como categoria nosológica, no SCDC, colocam-se a partir de um discurso médico para o qual essa condição, que compila os chamados sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, é uma disfunção cerebral e biologicamente produzida, que deve ser identificada e tratada o mais precocemente possível, aliando-se à perspectiva oficial.

A partir disto, temos algum rastro para o acompanhamento da dinâmica de atribuição desse diagnóstico no serviço. Podemos observar ainda outros aspectos próprios a esse processo tal como ocorre no SCDC, no que diz respeito aos critérios classificatórios, os instrumentos utilizados, assim como as relações do TDAH com outras classificações patológicas, as quais se apresentam em documentos do serviço, tais como laudos e fichas de produção. Esse tópico será discutido a seguir.

2.2 Dos protocolos e procedimentos para diagnosticar o TDAH

Segundo a literatura médica especializada, o diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico. Isto quer dizer que o processo se baseia na observação direta da criança ou em sua descrição clínica por terceiros, a fim de verificar se preenche ou não os critérios apresentados nos sistemas classificatórios. Neste sentido, segundo Rohde e cols. (2000), cumpre ao/à avaliador/a¹⁰ julgar se os critérios são atendidos ou não, contando com a colaboração de diferentes informantes, tais como pais, mães, responsáveis, escola e criança¹¹. Exames específicos não são necessários para o diagnóstico, sendo solicitados apenas para fins de diagnóstico diferencial ou de pesquisa, de acordo com Breinis (2014).

No SCDC, também se segue essa premissa de que o diagnóstico de TDAH é eminentemente clínico. A pediatra entrevistada comentou os procedimentos utilizados para o diagnóstico, destacando a importância do procedimento clínico nesse processo:

[...] primeiro: montar, colher muito bem colhido uma história clínica é um dos pontos fundamentais dentro da própria medicina pra você poder iniciar uma triagem e começar a pensar o leque de possibilidades diagnósticas. Fazer um exame físico bem feito e ter os vários olhares, porque justamente esse trabalho é que nos auxilia. Você, num primeiro momento, pode ter uma suspeição de TDAH ou de um outro quadro ou até de associações de quadros. Mas quando você colhe a história clínica com detalhe, te embasa, repassa esse paciente pra outros profissionais, o psicólogo, pro neurologista, pro psiquiatra, em determinados casos que você tem uma suspeição ou uma história familiar importante – por exemplo, de doença psiquiátrica – e a crianças têm manias ou comportamentos, como a gente tem algumas crianças com problemas psiquiátricos, por exemplo, de fazer mal pra animais, de ter outras posturas, você começa a pensar em outras possibilidades também.

A suspeita do TDAH, além de poder surgir na primeira consulta, na anamnese, comumente surge antes de a criança chegar ao serviço – como discutirei mais adiante – e a esse processo diagnóstico é dada sequência após a sua inscrição no SCDC. Assim que é feito o levantamento do TDAH como uma possibilidade de diagnóstico, lança-se mão de instrumento classificatório para avaliar essa suspeita. A coordenadora do serviço, médica geneticista, descreveu tal procedimento assim:

[...] ela é avaliada, segundo o protocolo geral de atendimento, dentro do ambulatório de desenvolvimento, e a partir da construção dos aspectos clínicos se pode suspeitar realmente ou reafirmar essa impressão inicial já externa. Aí nós aplicamos o DSM IV.

¹⁰ Como veremos no terceiro capítulo, esse/a avaliador/a que julga o cumprimento ou não de tais critérios, e que pode produzir o laudo a partir disto, costuma ser um/a profissional clínico/a, em geral, médico/a, psicólogo/a, ou psicopedagogo/a.

¹¹ Também discutirei no terceiro capítulo o lugar da criança nesse processo diagnóstico.

Em se tratando do uso instrumental de sistemas classificatórios para a realização do diagnóstico de TDAH, os critérios do DSM são comumente utilizados como referencial. Breinis (2014) afirma, neste sentido, que o diagnóstico do TDAH é correntemente orientado pelo DSM 5, na prática clínica. O que ocorre no SCDC, no entanto, é o uso da edição anterior do manual. O DSM 5 não tem expressão nesse processo, talvez por ter sido traduzido muito recentemente e não ter inseridos no serviço, como tem o DSM IV, testes traduzidos e validados no Brasil.

Neste país, temos ainda um outro referencial classificatório, que está em uso no SCDC: a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais especificamente na sua décima edição (CID 10). Como a comunicação e os registros da assistência brasileira em saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – são baseados nessa classificação, todas as fichas, laudos e outros documentos preenchidos no serviço que fazem referência à condição nosológica do/a usuário/a, fazem uso dos códigos dessa classificação.

Breinis (2014) considera que a CID 10, apesar de fornecer os códigos oficialmente utilizados pelo SUS, serve apenas para fins de nomenclatura. A esse respeito, Caliman e Domitrovic (2013) também comentam que, embora os códigos da CID sejam a linguagem comum nos procedimentos formais do SUS, os critérios diagnósticos do DSM adquiriram relevância, especialmente com a tradução e validação do SNAP IV, escala utilizada para o diagnóstico de TDAH e de Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Já Segenreich e Mattos (2014) afirmam que o DSM é predominantemente utilizado no campo da pesquisa, enquanto a CID é referência prioritária no campo assistencial.

Por mais similares e confundíveis que os DSMs e a CID 10, ainda em uso corrente, possam parecer “a olho nu”, em relação ao diagnóstico em questão, quando observamos atentamente os critérios apresentados por esses dois sistemas, podemos notar importante diferença no que diz respeito à abrangência de seus diagnósticos. Segundo Dumas (2010), apesar de ambos admitirem sintomas muito semelhantes em seus critérios, o diagnóstico da CID 10 é mais restrito, na medida em que exige a presença de um número maior de sintomas em relação ao DSM IV, bem como sugere o descarte da hipótese de transtornos hipercinéticos, no caso de algumas comorbidades, tais como transtornos de humor ou de ansiedade, diferentemente do manual da APA. Quando é publicada a quinta edição do DSM, as diferenças tornam-se ainda mais acentuadas, considerando-se o alargamento do diagnóstico, nesta edição, como já dito anteriormente.

Dadas essas disparidades, serão feitas, pois, algumas considerações a respeito do que se propõe na CID 10 para a compreensão dos famigerados problemas de atenção e hiperatividade.

O que é chamado de TDAH no DSM é classificado, na CID 10, como “transtorno hipercinético”, identificado pelos códigos iniciados com F90 (OMS, 2011). Nesta classificação, existem quatro subtipos: “perturbação da atividade e atenção” (F90.0), “transtorno de conduta hipercinética” (F90.1), “outros transtornos hipercinéticos” (F90.8) e “transtorno hipercinético, não especificado” (F90.9).

De acordo com a descrição da OMS (2011), a principal subdivisão proposta na CID 10 é feita de acordo com o preenchimento ou não de aspectos que caracterizam os “transtornos de conduta” (F91.–), seguindo-se os critérios da mesma publicação. Sendo assim, F90.0 caracteriza o preenchimento de critérios globais para transtorno hipercinético, sem que sejam satisfeitos os critérios para transtorno de conduta, enquanto F90.1 consiste no quadro que combina o preenchimento de ambos os critérios. Os demais códigos devem ser utilizados em casos de indefinição em relação aos dois primeiros.

No caso da CID 10, portanto, existe uma tal associação dos transtornos hipercinéticos às condições dos transtornos de conduta que existe um código onde são aglutinadas as duas condições. O diagnóstico de transtorno de conduta é orientado, na referida classificação, da seguinte maneira:

O diagnóstico se baseia na presença de condutas do seguinte tipo: manifestações excessivas de agressividade e de tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou a animais; destruição dos bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediência anormalmente frequentes e graves (OMS, 2011, p. 262).

No sistema proposto pela APA, no entanto, ocorre o oposto: o TDAH e os transtornos de conduta são excludentes entre si. No DSM IV, um quadro que apresenta sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade, mas não satisfaz suficientemente os critérios para TDAH, pode ser classificado como transtorno de conduta. No DSM 5, por sua vez, essas condições aparecem em duas sessões diferentes: “Transtornos do Neurodesenvolvimento” e “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta”. Neste caso, o TDAH é mais claramente associado a “transtornos específicos da aprendizagem” e, diz-se, frequentemente se sobrepõe a transtornos “externalizantes” na infância, tais como o TOD e o “transtorno de conduta” (APA, 2014).

Como podemos notar, as classificações de casos de TDAH tendem a variar bastante, a depender de cada manual. Nas fichas de produção do SCDC, embora seja possível observar o uso de códigos variados da legenda F90, da CID, por algumas das avaliadoras – o que supõe o seguimento de alguns critérios dessa classificação –, o DSM IV parece ser a referência que

predomina no serviço, quando se trata desse diagnóstico. Ele está presente nos protocolos do SCDC na forma de um *check-list* – onde os seus critérios estão elencados da maneira como constam no manual, em forma de tabela – e também nos testes utilizados pelo Serviço de Psicologia, que têm uma seção específica, baseada em seus critérios. Vejamos a descrição da psicóloga do serviço sobre o uso desses instrumentos na avaliação:

[...] a gente trouxe o ADM [...], conhecido como CBCL. Ele foi criado pra fazer avaliação exclusivamente de TDAH, mas hoje ele é utilizado pra fazer várias avaliações comportamentais. Ele é um teste americano e aí ele é uma lista de comportamentos. E inclusive tem o DSM nele, tem outros avaliadores. Aí a gente tem três visões: a visão clínica – porque quando você vai fazer a avaliação do comportamento, você precisa de pelo menos três ambientes – então a criança ela nunca é só aquilo que você vê na clínica, então, por exemplo: às vezes você pode achar que aquela criança não tem tal coisa, porque você fechado, fazendo a terapia, a criança é uma coisa, no ambiente clínico. Ela é outra coisa no ambiente de casa e ela pode ser uma outra coisa no ambiente escolar. Então, o que que a gente faz? A gente faz um crivo ambiental do que é persistente no ambiente [...]. Nos três ambientes! Então o *check-list* ele vai para a professora, ele é aplicado com a mãe – ele vai também para a mãe – e tem mais a visualização do atendimento com a criança no ambiente, através dos jogos.

Os *check-lists* mencionados pela psicóloga, diferentemente da simples transcrição da tabela de critérios do DSM para diagnosticar o TDAH, utilizada pelas médicas, consistem, por sua vez, em inventários comportamentais do sistema de avaliação ASEBA, também referidos como ADM, que é nome do *software* no qual são trabalhados os dados obtidos nesses questionários. São formulários produzidos na Universidade de Vermont, nos Estados Unidos, e validados no Brasil, cuja finalidade abrange o diagnóstico de diferentes aspectos clínicos de comportamentos, inclusive aqueles relacionados ao TDAH, e também se baseia nos critérios do DSM IV, em uma de suas seções. Os formulários do sistema ASEBA utilizados para a avaliação de usuários/as com suspeita de TDAH, no Serviço de Psicologia, são:

- 1) **Child Behavior Checklist (CBCL):** Inventário dos comportamentos de crianças e adolescentes, a ser respondido pelo/a cuidador/a, sendo um modelo para crianças entre 1 e 5 anos e outro modelo para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos;
- 2) **Teacher's Report Form (TRF):** Lista de verificação comportamental para crianças e adolescentes, a ser respondido pelo/a professor/a ou orientador/a pedagógico/a, também com versões entre 1 e 5 anos e entre 6 e 18 anos;
- 3) **Youth Self-Report (YSR):** Inventário de Auto-Avaliação para Jovens de 11 a 18 anos, respondido pelo/a próprio/a usuário/a, nos casos em que está dentro da faixa etária especificada.

Ou seja, cada modelo, além de ter versões específicas para a faixa etária da pessoa avaliada, corresponde a determinado/a respondente, de modo que a avaliação da psicóloga deve considerar pelo menos dois pontos de vista diferentes. Desse modo, é realizado o que a servidora chamou de crivo ambiental para se poder afirmar que os sintomas associados à suspeita de TDAH não são exclusivos de um determinado contexto de convivência da pessoa avaliada, podendo, então, sugerir o transtorno.

A avaliação realizada pela psicóloga também conta com a aplicação de testes cognitivos, que variam de acordo com a idade e as condições de avaliação e/ou disposição do/a usuário/a para realizar determinado teste. Para crianças menores de cinco anos, é utilizada a Escala de Maturidade Mental – Columbia. Para crianças com idade superior a isto, utiliza-se o Teste de Matrizes Projetivas Coloridas de Raven. Em casos de dificuldade na aplicação desses testes, em geral, decorrentes de dificuldades na comunicação entre avaliadora e respondente, ou em casos de avaliação de adolescentes, existe ainda a possibilidade de se utilizar o Teste Não Verbal de Inteligência – SON-R, cuja aplicação supõe um procedimento mais demorado, por ser composto de um conjunto de diferentes tarefas a serem resolvidas, diferentemente dos demais testes mencionados, que podem ser aplicados em apenas alguns minutos.

A avaliação cognitiva costuma ser o teor principal das solicitações encaminhadas pelas médicas à psicóloga do serviço, sendo realizada exclusivamente por esta profissional¹², visto que conta com a utilização de testes de uso privativo do/a psicólogo/a. Todavia essa testagem, dentro da avaliação oferecida pela psicóloga, especialmente nos casos associados ao TDAH, é acompanhada, via de regra, pela avaliação comportamental oferecida pelos inventários do sistema ASEBA.

Esses instrumentos fazem parte do atendimento psicológico do SCDC, que responde às necessidades de avaliação do serviço como braço complementar, compondo o diagnóstico. Sua inserção nesse processo tem como finalidade analisar pontos que, na avaliação médica, foram considerados inconsistentemente verificados e que, por isso, requerem outra perspectiva avaliativa. Configura-se, pois, como uma avaliação para fins de diagnóstico diferencial, que, por definição, consiste em uma investigação diante de “irregularidades e inconsistências no

¹² Durante alguns anos, uma professora do curso de Psicologia da universidade supervisionava atividades de estágio no SCDC, utilizando testes cognitivos e comportamentais e seguindo protocolo semelhante ao da psicóloga técnica do serviço. Esta psicóloga se mantém, desde que a referida professora se aposentou, em 2013, como responsável exclusiva pelo Serviço de Psicologia que atende o SCDC, no qual atuam ela e seus/suas bolsistas de extensão.

quadro sintomático e/ou dos resultados dos testes para diferenciar categorias nosológicas, níveis de funcionamento, etc.” (CUNHA, 2007, p. 28).

Ora, essas inconsistências são comuns nos casos supostos de TDAH, tendo em vista, primeiramente, que não podemos encontrar em exames físicos senão a negação do diagnóstico. Como na afirmação já mencionada da neurologista entrevistada, ao descrever usuários/as atendidos com TDAH: “Você olha uma ressonância dele, não tem nada. Tá normal”. Também porque o conjunto sintomático atribuído à categoria é facilmente confundível com efeitos de outras condições físicas e problemas de cunho social. Além disso, os critérios do DSM não dão conta de apontar níveis de funcionamento e outros aspectos que podem estar envolvidos na determinação dos comportamentos que levam a queixa ao serviço. Diante disso, entendo que a participação da avaliação psicológica no processo diagnóstico do TDAH, no SCDC, constitui frequentemente elemento chave para a definição do diagnóstico. De acordo com o que a própria psicóloga relatou durante a entrevista, quando discutíamos os protocolos utilizados no diagnóstico:

Os protocolos são necessários, mas os protocolos são humanos, né? E nós também somos humanos. [...] por isso as avaliações, elas são semestrais ou anuais. Por quê? A gente identifica uma coisa, mas às vezes a gente tem dificuldade de identificar. Então, às vezes, a gente acha que é autismo, mas não é autismo. Às vezes a gente pode achar que é TDAH, mas não é TDAH. [...] existem alguns casos hoje em dia que a gente ainda fica na dúvida, aí eles vão bater hoje em dia na Psicologia.

Para termos uma dimensão mais ampla da complexidade que envolve tal processo decisório no SCDC, apresentarei exemplos, repetidamente encontrados em seus registros, do que chamei de “aglutinação de CIDs”: códigos da classificação colocados lado a lado com o código referente ao TDAH, nas fichas de produção e em laudos produzidos pelo serviço. Os diagnósticos encontrados em aglutinação, bem como os diferentes elos que os fazem aparecer ligados serão discutidos no tópico seguinte.

2.3 Algumas adjacências nosológicas: o TDAH e seus acompanhantes, vizinhos, sócias...

Ao analisarmos documentos produzidos no SCDC durante o diagnóstico do TDAH, deparamo-nos com nuances que atestam fortemente o quanto esse processo não ocorre de forma simples e linear. Por vezes, no registro de atendimentos, a coluna destinada à CID estava preenchida exclusivamente com algum dos códigos da legenda F90, indicando o TDAH em

algum de seus subtipos previstos pela classificação¹³. No entanto, não era incomum a anotação, nesse registro, de mais de um código associado ao mesmo usuário – e referindo-se ao mesmo atendimento –, podendo sinalizar tanto a incerteza no enquadramento do caso atendido, pela identificação de sintomas que correspondam aos critérios diagnósticos de diferentes classificações, como também pode sugerir que haja comorbidades. Notei, então, que o TDAH é frequentemente posto em relação com inúmeras outras classificações nosológicas, no SCDC: além de questões referentes à aprendizagem e os transtornos que a elas correspondem dentro da lógica do serviço, outras classificações comparecem em aglutinação com o código F90, correspondente a transtornos hiper-cinéticos ou TDAH¹⁴.

Dentre essas classificações diagnósticas associadas aos transtornos hiper-cinéticos, podemos encontrar frequentemente outros códigos da seção V da CID 10, que compreende o intervalo entre F00 e F99, no qual são classificados os transtornos mentais. Entre eles, estão: retardo mental; transtornos de fala; transtorno de habilidades escolares; transtornos do desenvolvimento, global e misto; atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor; transtornos de conduta; bem como outros transtornos mentais ocasionados por lesão ou disfunção cerebral.

Sabe-se que problemas cognitivos e de aprendizagem são historicamente vinculados à hipótese de transtorno hiper-cinético (SUCUPIRA, 1985), mas sua relação com o TDAH não é forçosa e, ao invés disso, podemos frisar que existe um esforço para diferenciá-lo dessas classificações, defendendo-se que o TDAH não é caracterizado por problemas cognitivos ou lesões vinculadas a transtornos de aprendizagem. A seguinte fala da neurologista do SCDC, durante a entrevista em grupo, exemplifica isto:

A dificuldade de aprendizagem dele [usuário hipotético associado ao TDAH] é só por conta da desatenção. Mas, da feita que você começa a trabalhar esse processo de desatenção, ele vai em frente. Eu tenho pacientes, hoje, com déficit de atenção, que são engenheiros, são médicos [...], tenho psicóloga com déficit de atenção. E aí não tem déficit cognitivo. Aí o quê que acontece: na escola, quando a criança chega, que ela tem uma hiperatividade, aí eles já taxam como déficit de atenção e não é. Muitas vezes é uma doença, é um transtorno neurológico, ela tem todo um distúrbio de aprendizagem que culmina também com a hiperatividade, ou transtornos hiper-cinéticos. Mas não é déficit de atenção. [...] Nem é comorbidade.

¹³ Registros feitos dessa forma eram comumente de autoria da neurologista.

¹⁴ De acordo com a neurologista entrevistada, utilizam-se os códigos da legenda F90 quando se quer sinalizar ou atestar o TDAH, sem que haja diferenciação entre as classificações da CID e do DSM. No entanto, acreditamos que o uso do código nas fichas de produção pode não ter critérios unânimes entre todos/as profissionais que atuam no SCDC, não sendo totalmente sistemático, e que, em alguns casos, ele ocorre sem que haja o diagnóstico de TDAH, mas, em vez disso, sinalizando seus sintomas, em casos cujo diagnóstico é outro e o TDAH não é considerado comorbidade.

Por mais que essa diferenciação seja feita, o TDAH é reconhecidamente uma classificação que perpassa a educação e comumente associado à dificuldade de aprender. Possivelmente não somente por sua suposta dificuldade de atenção, mas também porque, quando a expectativa de disciplina e de um comportamento academicamente adequado é violada, costumeiramente se suspeita do TDAH como uma possível causa para esse desvio. Em tal contexto, o TDAH, como um desvio moral e comportamental, associa-se facilmente a classificações como transtornos de conduta e comumente será apontado como nosologia afinada a problemas relacionados à indisciplina e ao baixo rendimento na escola.

Nesse sentido, identifiquei também muitos casos de associações dos transtornos hipercinéticos a transtornos comportamentais, tais como transtornos de conduta e, entre eles, o TOD, nos documentos estudados. Por vezes, essa relação comparece por meio do código F90.1, que, por definição, combina transtornos hipercinéticos e transtornos de conduta. Em outras ocorrências, a vinculação ocorre por meio da aglutinação dos CIDs F90 e F91, sendo esta a legenda que agrupa os transtornos de conduta, na classificação. O TDAH, como vimos, tem sua procedência, como classificação nosológica, na necessidade de se medicalizar o que é considerado desvio moral, sendo a sua associação com os chamados transtornos de conduta uma pista de que o diagnóstico se mantém a serviço desses mesmos objetivos, indicando mais uma vez que não se trata de um diagnóstico inocente e meramente biológico, cujos sintomas seriam desvios à ordem natural das coisas. Seu lugar na dinâmica social é claramente sustentado pelo ímpeto de normalizar tais desvios e suprimir dissensos, abafar conflitos e “rebeldias”.

Sobre a relação do TDAH com casos de prematuridade e atrasos no desenvolvimento neural, a literatura internacional traz indicações de risco (BHUTTA; CLEVES; CASEY; CLADOCK; ANAND, 2002), as quais são também corroboradas na literatura nacional (MARTINI, 2012), de modo a justificar a investigação do histórico da gestação, do pré-natal, de exames de neuroimagem etc. como formas de se chegar a esse diagnóstico e também a sinalização desses aspectos, considerados patológicos, como associações pertinentes ao TDAH, nos documentos do serviço. A associação entre esses quadros e o TDAH pode estar colocada como fenômeno de comorbidade prognóstica, sobre os quais se supõe que uma patologia pode produzir a outra (MARQUES; NARDI; FIGUEIRA; MENDLOWICZ; ANDRADE; CAMISSÃO; VERSIANI, 1994). Nesses casos, o risco anunciado pela “ciência” parece atuar como um dos determinantes do processo decisório, constituindo uma linha reversa na produção de evidências: se antes o risco foi calculado mediante análise de situações concretas em que havia tal associação (diagnóstico de TDAH com histórico de prematuridade e/ou atrasos

neurológicos), em seguida, quando há fatores de risco, é admitida maior probabilidade de que culmine, de fato, em TDAH.

Outras condições orgânicas também aparecem no serviço associadas a transtornos hipercinéticos. Entre elas, encontram-se doenças infecciosas, hormonais e metabólicas ou malformações congênitas e anomalias genéticas. Algumas doenças, como a gripe, por exemplo, aparecem em alguns registros junto ao código F90, sinalizando que, no dia da consulta, a criança acompanhada por seu diagnóstico ou suspeita de TDAH apresentou também um quadro e/ou queixa de infecção, o qual não é vinculado, no entanto, aos sintomas de agitação ou desatenção considerados constituintes do transtorno.

Podemos destacar, por outro lado, que epilepsia, problemas de visão e problemas de audição são situações orgânicas especialmente relacionadas aos sintomas do TDAH, nos documentos do SCDC, e que se confundem ou apresentam aspectos de comorbidade com o transtorno. Sobre as duas últimas, sabe-se que um dos procedimentos de rotina para descartar a hipótese de transtorno hipercinético é justamente avaliar se as condições de visão e audição se apresentam sem comprometimentos, visto que, na medida em que são encontrados problemas nessas faculdades orgânicas, sintomas de transtornos hipercinéticos são esperados (ROCHA; MENZEN; NASCIMENTO, 2008) e, portanto, não devem ser associados a TDAH. Com efeito, a psicóloga do serviço afirma:

Têm outras coisas que te faz ser agitado, que te faz te desconcentrar. Por exemplo, ter uma outra dificuldade. Não ouvir direito, não enxergar direito te deixa agitado. É terrível você não entender o mundo! Então isso te deixa furioso, te deixa agitado, te deixa zangado. Te dá agressividade [...] e uma série de coisas. E essa pessoa tem que ter a sensibilidade de entender o que realmente tá acontecendo. E pode ser inclusive um problema social, não necessariamente um problema neurológico.

A epilepsia, por sua vez, tem sido bastante associada a transtornos hipercinéticos, na literatura (LOUTFI; CARVALHO, 2010), havendo inclusive investigações que especulam se não haveria mecanismo neurológico ou traço genético comum vinculado à etiologia dos processos considerados patológicos em ambos. No SCDC, diversos/as usuários/as apresentam ambos os diagnósticos ou então a queixa referente a um desses quadros leva à investigação do outro, produzindo-se lógica semelhante ao que ocorre com os casos de prematuridade e atrasos neurológicos. A psicóloga entrevistada relata, inclusive, que houve um momento – antes que o hospital passasse pelo processo de especialização, já mencionado anteriormente – no qual o Serviço de Psicologia do HUBFS dispunha de um ambulatório específico para o TDAH e que ele atendia, por meio de diferentes projetos acadêmicos e de extensão, casos em que eram encontradas essas associações:

O serviço de Psicologia tinha um ambulatório voltado para o TDAH. Ele existia dentro da Otorrino e ele existia dentro do Caminhar com a [professora de Psicologia aposentada], às vezes com algumas comorbidades (*sic*), a [professora de Psicologia aposentada] atendia epilepsia e TDAH – ela teve um projeto desse campo. Eu tive um projeto de respirador bucal e TDAH.

Se, nesses casos, a ideia de comorbidade é explícita, o mesmo não ocorre entre TDAH e transtornos do espectro autista que, dentro do serviço, têm uma relação controversa. Sua associação pode ser encontrada em algumas fichas, talvez como sinalização de dúvida entre os dois diagnósticos. Entretanto, a psicóloga se posicionou algumas vezes, em conversas informais, criticando a prática de se colocar ambos como comorbidades. Certa vez, ela me viu transcrever uma ficha de produção onde constavam seus códigos respectivos e manifestou novamente a sua reprovação a respeito desta informação.

O que temos, portanto, são alguns casos de diagnósticos que se excluem, mas, por vezes, confundem-se, além de quadros com sintomas inter-relacionados e comorbidades prognósticas. Isto ocorre de maneira muito frequente no serviço, de modo que o TDAH apenas algumas vezes é o único diagnóstico atribuído a um/a usuário/a.

Dentre os códigos associados ao F90, nas fichas estudadas, um destaque pode também ser dado ao Z13.4, que comumente está presente nas aglutinações de códigos, assim como é frequentemente utilizado nas fichas de pediatras do serviço que atuam no Ambulatório de Desenvolvimento, porta de entrada do serviço. Trata-se da indicação de “exame especial de rastreamento de alguns transtornos do desenvolvimento na infância”. Esse código corresponde, pois, a uma classificação que não indica propriamente a doença, mas sim, a condição da pessoa em relação com o serviço de saúde, quando está submetida a exames e investigações. Por um lado, o seu uso é esperado, na medida em que o serviço é de diagnóstico e, por definição, não saberá especificar uma doença ou transtorno por algum tempo, enquanto seu usuário estiver em processo de avaliação. Por outro, a existência de um código para esta condição, na classificação de doenças, pode ser um indício de que o sistema de saúde em questão impele seus usuários à codificação em termos médicos.

Levando essa reflexão mais a fundo, sabe-se que a procura por um serviço de saúde frequentemente culmina com a atribuição de um diagnóstico, a indicação de uma terapêutica e, por vezes, a institucionalização do/a usuário/a. Ou seja, a ótica sob a qual esse/a usuário/a é visto/a é a ótica da busca pela doença e pela cura. Por mais que essa pessoa que procura o serviço seja frequentemente motivada por alguma queixa que crê estar relacionada a algum fator patológico, também podemos argumentar que nem sempre este está na raiz do problema.

Ainda assim, somos induzidos/as a explicar uma gama significativa de questões relacionadas ao sofrimento humano a partir de uma lógica médica.

Esse breve comentário visa sinalizar o quanto a ficha de produção, como ator não humano no processo diagnóstico, funciona de modo a induzir que o processo diagnóstico se mantenha condicionado à lógica médica, impregnada no hospital e nos sistemas de saúde. Em contrapartida, os usos da ficha de produção são diversos, mostrando que há resistências, por mais discretas que sejam, diante da rigidez desse instrumento. Vimos que os/as profissionais do serviço não preenchem de maneira totalmente padronizada as fichas de produção diária. Nem todas/os as preenchem de modo a aglutinar diferentes códigos da classificação de doenças. Em geral, isto ocorre nas que são preenchidas pelas médicas que atuam na porta de entrada do serviço. Também há alguns profissionais não médicos que nunca preenchem a coluna da CID, assim como há outros que, como já relatei ao mencionar o uso peculiar desse protocolo pelo Serviço Social, preenchem-na com um código distinto, criado para atender as especificidades do seu processo de trabalho.

A lógica multiprofissional, embora legitimada na estruturação da política de saúde brasileira, demonstra-se abafada por inúmeros elementos historicamente construídos nesse sistema, a partir da premissa de que a saúde é um objeto exclusivo da medicina, que coordena e dispõe de outras áreas como se fossem apêndices no processo de cuidado.

Observo, nesse sentido, que a produção do diagnóstico de TDAH não se restringe meramente a critérios nosológicos, estando também fortemente implicada e sustentada em determinada ordem de fluxos, atores e relações de poder implicados nesse processo. Portanto, em seguida destrincharei de modo mais detalhado essas outras linhas de sustentação do trabalho diagnóstico em questão.

3 A TRAMA: fluxos e redes de interlocução na produção do diagnóstico de TDAH

A produção do diagnóstico de TDAH no SCDC está ligada não apenas ao preenchimento de critérios classificatórios, mas à constituição de uma cadeia produtiva. Esse encadeamento se dá por meio do trânsito dos/as usuários/as entre diferentes pontos de uma rede, instável e heterogênea, que envolve atores de múltiplas instâncias. Isto se aplica tanto ao que tange o processo diagnóstico, quanto aos encaminhamentos e medidas empreendidas para sanar os casos em questão, de modo que todo o procedimento envolve séries de avaliações, relatórios, encaminhamentos, “referência”, “contrarreferência” e assim por diante. Essa teia se pretende, portanto, fluida, multiprofissional e multissetorial, de modo a garantir a integralidade do atendimento à/ao usuária/o e do trabalho de assistência.

Considero que o referido processo se inicia desde que é dado um primeiro encaminhamento, feita uma primeira queixa, por ser um ato no qual já se formula uma primeira suspeita ou “pré-diagnóstico”. É possível observar a marca de que a avaliação não se inicia dentro do serviço, mas sim, no contexto onde é formulada a queixa, se nos remetermos aos próprios documentos oficiais de encaminhamento pela rede de saúde, tais como a guia de referência/contrarreferência (ANEXO E), que contém o campo “impressão diagnóstica”, e o laudo para solicitação/autorização de atendimento ambulatorial (ANEXO F), no qual constam os itens “descrição do diagnóstico”, “CID10 principal” e “CID10 secundário”, por exemplo. Outros encaminhamentos por escrito formulados nas unidades de saúde, nas escolas ou na Coordenação de Educação Especial (COEES) da SEDUC também costumam apresentar hipóteses diagnósticas, ou então sintetizar a queixa com base em sintomas conhecidos de algum transtorno suposto, no ato do encaminhamento. Seguem alguns exemplos de encaminhamentos, anotados após a leitura de prontuários associados ao TDAH:

Origem do encaminhamento: Unidade Básica de Saúde do Marco.

Autoria (especialidade): médica.

Justificativa: “Encaminho o menor de 05 anos [nome da criança] com déficit de atenção, dificuldade na fala e comportamento irrequieto, sugestivo de hiperatividade, necessitando de investigação e acompanhando especial”.

Origem do encaminhamento: Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Autoria (especialidade): médica neurologista.

Justificativa: “Paciente com THDA (*sic*) com atraso na linguagem, TC de crânio normal”.

Origem do encaminhamento: Serviço de Otorrinolaringologia do HUBFS.

Autoria (especialidade): médica pediatra.

Justificativa: “Diag. Hiperatividade. CID10 R46.3”.

(Diário de campo, 27 de fevereiro de 2015).

A médica geneticista, e coordenadora do SCDC, relatou em entrevista que o levantamento de hipóteses prévias acerca do diagnóstico solicitado também é comum por parte de psicólogos/as, professores/as ou por pais, mães e/ou responsáveis, que também figuram lugar de produtores informais de encaminhamentos:

A criança ela chega, às vezes, já com uma suspeita de TDAH encaminhado muitas das vezes por psicólogo, ou por uma professora que é onde essa criança já tem uma dificuldade escolar, em função do problema comportamental. E ela já vem, às vezes, com uma suspeita.

Por sua vez, a pediatra entrevistada complementa:

O COEES – a Coordenação de Educação Especial –, os CAPSis [Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis] referenciam muitas crianças, entendeu? Fonoaudiólogos referenciam muitas crianças pra gente. Então a gente tem recebido com mais frequência pacientes que já foram avaliados por outros profissionais, que tem suspeitas, às vezes, de dois, três profissionais de áreas diferentes, do mesmo quadro – como, por exemplo, o TDAH. Às vezes a criança ou tinha uma suspeição familiar, por algum outro caso diagnosticado na família e a professora relata experiências [...] aí encaminham a criança, vamo dizer, pro terapeuta, ou pra um fono, ou pro psicólogo e ele já chega pra gente com essas visões semelhantes, do mesmo quadro.

Sendo assim, a disparada do processo diagnóstico ocorre costumeiramente antes da entrada no serviço e pode partir tanto de algum/a profissional da rede de saúde, seja da atenção básica, seja de outros serviços especializados – como, por exemplo, o serviço de Otorrinolaringologia do HUBFS –, quanto como demanda da escola, ou mesmo dos/as responsáveis pela criança ou adolescente que chega ao serviço. Ainda que o encaminhamento por profissionais e/ou cidadãos/ãs não servidores/as da rede de saúde seja considerado informal, ele se efetiva como prática que produz demandas substanciais ao SCDC¹⁵. Deste modo, os/as usuários/as que chegam ao serviço já têm seu processo diagnóstico iniciado por atores que falam de lugares variados, sendo recebidos/as para dar seguimento e finalização formal ao mesmo.

Após serem encaminhados/as, os/as usuários/as são acolhidos/as pelo Serviço Social para matrícula e, por vezes, é dada entrada no pedido de benefícios referentes a transporte, de modo a viabilizar o comparecimento às consultas subsequentes. A triagem inicial de novos/as usuários/as é feita no Ambulatório de Desenvolvimento, no qual somente médicas – em geral,

¹⁵ No fluxograma informado pelo serviço (ANEXO A), a fonte oficial de encaminhamentos ao SCDC é a rede de atenção básica. No entanto, por meio de conversas informais e da consulta a alguns documentos utilizados no serviço, tais como prontuários e o caderno de matrículas preenchido pela assistente social – mencionado no primeiro capítulo – pode-se notar que serviços da rede de educação (tais como a COEES e escolas da rede pública e privada), assim como familiares da criança, também produzem encaminhamentos acolhidos pelo serviço, utilizando apenas um encaminhamento por escrito, no caso da rede educacional, ou mesmo por “demanda espontânea”, como consta no caderno, nos casos em que são os responsáveis que julgam necessária a avaliação da criança e, por isso, levam-na diretamente ao serviço para atendimento. Nestes casos, o serviço de pediatria ainda assim produz um encaminhamento formal, para que o/a usuário/a seja matriculado/a.

pediatras – realizam os atendimentos. Após essa triagem, pode ser feito o encaminhamento para algum dos outros ambulatórios do serviço, ou então para outros serviços da rede assistencial.

Os casos relacionados ao TDAH que chegam para avaliação, quando não são mantidos no Ambulatório de Desenvolvimento, geralmente são encaminhados: ao Ambulatório de Aprendizagem, quando associados a dificuldades escolares; ao Ambulatório de Neurogenética, quando combinados ao diagnóstico de epilepsia, por exemplo; em casos de maior severidade relativa às queixas comportamentais, com a suspeita de TDAH, são repassados para o Ambulatório de Neuropediatria; ao Ambulatório de Autismo, quando há suspeita de transtorno do espectro autista e também sintomas de déficit de atenção e/ou hiperatividade¹⁶; ou, ainda, podem ser encaminhados para serviços parceiros, dentro e fora do hospital. Nas palavras da coordenadora do serviço, durante a entrevista:

No Ambulatório de Desenvolvimento, como nós estamos no ambulatório de entrada, desenvolvimento, é onde nós triamos esses casos de TDAH. E, por não ter nenhum ambulatório específico, nós compartilhamos parte dessas crianças – adolescentes acho que não temos nenhum – com o Ambulatório de Aprendizagem. Acho que é isso que é feito. Muitos desses casos, que possuem comorbidade, eles são encaminhados, são referenciados pro Hospital de Clínicas¹⁷ e outros, além do acompanhamento no Ambulatório de Desenvolvimento, no Ambulatório de Aprendizagem, eles são também atendidos no Ambulatório de Neuropediatria, mais especificamente com a neuropediatra que acompanha os casos com alterações comportamentais. Assim, são mais concentrados numa profissional.

Ou seja, a distribuição dos casos associados ao TDAH que chegam ao serviço tem múltiplas possibilidades, tanto para dentro, quanto para fora dele. Após encaminhados/as, os casos já seguem com indicações direcionadas para sua avaliação, de modo que os/as profissionais que irão recebê-los devem responder à demanda, tal como foi feita pelo/a solicitante. Note-se que a incumbência de coordenar tal processo diagnóstico recai exclusivamente sobre o/a médico/a, se observarmos os protocolos e a estrutura do SCDC, bem como a fundamentação acerca da classificação em questão, que faz dela uma condição médica.

Por outro lado, embora se possa afirmar que certos procedimentos formais, necessários para que esse processo caminhe, são privativos de profissionais da rede de assistência em saúde – em geral, clínicos e, em geral, médicos/as –, a autorização efetiva para dispará-lo nessa rede, bem como a participação nas enunciações, avaliações e negociações acerca do diagnóstico de

¹⁶ O DSM IV, utilizado como referência no serviço, não admite que TDAH e transtornos do espectro autista sejam considerados comorbidades. O DSM 5 afrouxou este critério e, segundo esta versão do manual, é possível classificar uma mesma pessoa com ambos. No serviço, essa questão é controversa: há quem considere critério de exclusão e há quem aglutine os diagnósticos, como comorbidades.

¹⁷ Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana, também localizado na cidade de Belém, Pará. Em geral, atende demandas relacionadas a transtornos psiquiátricos, quando recebe encaminhamentos do SCDC.

TDAH se distribuem mais amplamente entre diferentes categorias de profissionais, tais como psicólogos/as e educadores/as, além de incluir a fala de pais, mães e/ou responsáveis da criança.

Os fluxos que descrevi apontam para algumas linhas de interlocução, bem como as sequências e hierarquias nas quais costumam se dar as avaliações e negociações que culminarão em um diagnóstico de TDAH, no SCDC. Eles sinalizam ainda a aceitação e mesmo o imperativo de que todos/as estejam atentos/as e deem absoluta prioridade ao desenvolvimento da população infanto-juvenil, como se pode ler no Artigo 227, da Constituição Federal de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Exige-se, assim, que todos/as ao entorno da pessoa em desenvolvimento – sejam pais, mães, responsáveis, sejam professores e outros/as adultos/as que convivem com a criança, o/a adolescente ou jovem – estejam aptos/as a identificar indícios do transtorno, para que ele possa ser absorvido, examinado e tratado no interior da rede de saúde. Não é à toa que vêm surgindo projetos de lei nos quais são propostas capacitações para que professores/as estejam habilitados/as a “pré-diagnosticar” escolares com transtornos tais como a dislexia e o TDAH (OLIVEIRA; SOUZA, 2013). Também não é por acaso que pais, mães e/ou responsáveis sejam incumbidos/as de dar sua contribuição no diagnóstico, que deve passar pelo/a médico/a para ser legitimado.

A seguir, discutirei, portanto, aspectos referentes à relação dessa rede com a lógica de assistência à saúde no Brasil e a discussão sobre integralidade que a fundamenta em discurso e permanece em busca de efetivação concreta, desde sua instauração até os dias de hoje. Farei também considerações sobre algumas implicações históricas do papel de cada parte responsabilizada pela atenção integral à saúde da criança, considerando-as como fatores que ordenaram esse complexo assistencial tal como o conhecemos nos dias atuais.

3.1 A quantas anda a integralidade?

Como é previsto para qualquer serviço da assistência à saúde no Brasil, o SCDC funciona com base nas regulamentações do Sistema Único de Saúde (SUS), e, mais especificamente, visa cumprir a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, cujos princípios envolvem prioridade absoluta da criança, integralidade do cuidado e humanização da atenção, bem como gestão participativa e controle social, tendo, entre suas diretrizes,

monitoramento, avaliação e intersetorialidade (BRASIL, 2015). De maneira mais ampla, esses princípios e diretrizes se relacionam à política de humanização do SUS, que prega a importância de uma atenção integral na saúde e confere protagonismo ao/à usuário/a e à comunidade (BRASIL, 2010).

Souza (2009) discute diferentes sentidos da integralidade, um dos princípios fundamentais da lógica assistencial impressa na formulação do SUS. Primeiramente, tida como dilatação da política de saúde, a integralidade consistiria na articulação entre ações preventivas e assistenciais e estaria implicada na transformação teórica em que surge a Saúde Coletiva, incorporando o movimento conhecido como medicina integral. Nesse sentido, a integralidade é aplicável não apenas às práticas do SUS, como também é válida para quaisquer práticas de saúde. Em um segundo sentido, decorrente do primeiro, o conceito estaria relacionado à maneira como se organizam as práticas de saúde; isto é, insere-se a lógica intersetorial e, para além de uma atitude, a integralidade passa a incorporar também as diretrizes que guiam os processos de trabalho dos profissionais de saúde, em nível de gestão. Por fim, a autora apresenta um terceiro sentido, que estaria ligado às respostas governamentais diante dos problemas de saúde em políticas especiais, tais como a saúde da mulher ou a política da AIDS. Neste caso, o termo atenção integral diria de um esforço para se tomar os problemas das populações contempladas nessas políticas de forma ampla, não as reduzindo à sua condição biológica ou patológica.

Esse princípio, bem como a política de humanização e o próprio SUS articulam-se ao que vínhamos discutindo sobre vivermos em uma lógica social para a qual o ser humano é sujeito universalmente complexo, racional, responsável, autônomo e possuidor de direitos. Neste sentido, a atenção integral à saúde é um direito universal do/a cidadão/ã brasileiro/a, desde a Constituição Federal de 1988, à qual se seguem diversas regulamentações que o instituem dentro de um ordenamento jurídico, como resultado de um processo de intensas reivindicações e proposições no contexto da Reforma Sanitária brasileira (PIANI, 2009), que, décadas depois, ainda está em custosas vias de efetivação.

No SCDC, embora exista uma servidora lotada no “setor de humanização”, sabemos que a política apenas se consolida em uma rede complexa que integre práticas efetivas de humanização. Nas palavras de Souza (2009, p. 18): “Esta é uma construção do cotidiano que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória”. A produção humanizada e integral do trabalho de assistência envolve, portanto,

servidores, serviços, gestores e a comunidade, cuja interlocução deve funcionar de maneira fluida e eficaz.

Certa vez, a assistente social do SCDC posicionou-se em uma conversa a esse respeito, apontando a dificuldade de se garantir tal fluidez no serviço:

A servidora mencionou, entre outros aspectos da “burocracia” do serviço, um entrave já identificado: a dificuldade de se garantir a integralidade nos atendimentos, especialmente por haver dificuldade na dinâmica de marcação de consulta e retorno. Isso interfere no processo diagnóstico, na medida em que se interrompe ou se prolonga, com frequência, o período destinado à avaliação, que, em alguns casos, senão todos, depende de mais de um profissional e de mais de uma consulta por especialidade (Diário de campo, maio de 2014).

Ou seja, existem obstáculos desde a tarefa de se prosseguir atendendo cada usuário/a com certa regularidade. A isso se adicionam os encaminhamentos externos: os que vêm da escola ou a ela se redirecionam, os dos postos de saúde e os que são passados a outros serviços de diagnóstico ou de reabilitação. Manter nessa rede um trânsito fluido permanece como desafio, um objetivo idealizado.

Para além desses fatores, a quantidade de usuários/as atendidos/as pelo serviço, que se dilatou ao longo dos anos, também comparece nessa balança como elemento perante o qual os atendimentos precisam ser remodelados e o diálogo entre os/as profissionais que atendem conjuntamente os casos que passam pelo serviço torna-se cada vez mais restrito a espaços impessoais, como a evolução dos prontuários, e a reuniões de equipe raras e excepcionais, adaptando-se a tamanha demanda. A esse respeito, a psicóloga entrevistada relatou:

[...] em 2009, eu vim pro Serviço Caminhar e aí foi se estruturando o modelo de avaliação, quando o Caminhar começou a ter esse formato de acompanhar o desenvolvimento e o crescimento infantil. Aí eu entrei já como avaliadora. Até porque a quantidade de crianças que já estavam inseridas no Caminhar, ela era na época [...] duas mil, faltava pouquíssimo pra três mil e a gente, pra dar conta da demanda, do fluxograma, da entrada e saída da criança, o Caminhar tomou um corpo de avaliação. [...] Antes disso era pautado no atendimento multidisciplinar. Então, o atendimento, ele tem uma demora maior e aí ele depende, porque você vai ficar atendendo a criança durante um tempo maior. Ela vai demandar a terapia por mais tempo. E a avaliação, ela demanda um tempo menor.

Nessa fala, fica explícita a redefinição do serviço oferecido, marcada pela separação entre o atendimento clínico e a avaliação da criança, de modo que esta acaba por se cumprir – como vimos no segundo capítulo, com base em instrumentais padronizados, como questionários, testes e *check-lists* – em um processo substancialmente serializado que requer protocolos pretensamente objetivos os quais cubram o suficiente as necessidades de “extração de informação” do exame. Tais instrumentos são associados a maior objetividade e rapidez do

processo de avaliação, obedecendo a critérios que validam sua cientificidade – como verdade imaculada e confiável – e, ao mesmo tempo, permitem o atendimento de um número maior de pessoas sem que seja preciso expandir a estrutura do serviço.

Nas fichas de produção analisadas, nota-se importante participação dos atendimentos dessa psicóloga, nos casos associados ao TDAH. Ao consultar alguns prontuários de usuários/as atendidos/as, observa-se que esta profissional, como já foi dito, costuma ser convocada a avaliar as crianças e adolescentes associados/as a transtornos hipercinéticos, para fins de diagnóstico diferencial; isto é, sua avaliação será auxiliar no momento em que a médica solicitante for determinar o diagnóstico. Esse papel de suporte é ratificado na fala da coordenadora na entrevista:

[...] o grupo da Psicologia ele já existe no hospital desde praticamente a criação. [...] E, assim, muita coisa que ela realizava, ele dava suporte à Pediatria, que não existia o Caminhar antes. O Caminhar foi a partir de 2002. E ele dava um suporte para a Pediatria e as outras clínicas, que aí foi se desenhando.

A relação entre Psicologia e Medicina não é fortuita. Tem suas linhas de constituição histórica muito evidentes. Patto (1993) nos mostra que os primeiros psicólogos do Brasil foram médicos, assim como os primeiros cursos de Psicologia estiveram vinculados às faculdades de Medicina. Para que se formassem psicólogos não médicos, estes foram ainda ensinados por médicos. Portanto, muito do que se produziu em Psicologia relaciona-se fortemente com as formas de saber da Medicina. Considero, assim, que ambos coadunam compartilhando perspectivas e buscando complementar-se de modo a operar a produção de verdades na avaliação da pessoa em desenvolvimento – bem como sobre as categorias e instrumentos com os quais ela será avaliada. Ao mesmo tempo, podemos admitir que o saber médico se mantém como hegemônico e preponderante no que tange os processos de produção de práticas em saúde, em nossa sociedade, sendo outras áreas consideradas auxiliares em relação à Medicina, tida como área principal na maioria dos serviços. Diante disso, não me espanta que a fala da médica coordenadora do SCDC também encontre ressonâncias na posição apresentada pela própria psicóloga, que é particularmente colaborativa em relação à exaltação dos saberes médicos e também tem sua importância reconhecida na equipe:

É uma pena que a gente perdeu. Porque o Bettina ele se readequou e perdeu o Serviço de Psicologia e perdeu também muitos professores de Psicologia. Então um dia a Psicologia já foi mais forte aqui e já ofereceu muito mais à Medicina.

O suporte que a Psicologia ainda oferece “à Medicina”, no SCDC, mesmo após perder alguns projetos e professores/as da área, está relacionado à aplicação de testes psicológicos –

que são de uso privativo do/a psicólogo/a –, de modo a acrescentar pareceres acerca de suas capacidades cognitivas e características comportamentais, considerados relevantes para ser fechado ou descartado o diagnóstico de TDAH. Como vimos no segundo capítulo, o conjunto dos instrumentos de avaliação utilizados nesse setor – anamnese, inventários comportamentais e testes cognitivos – supõe tanto a participação de pais, mães e/ou responsáveis, como a consulta aos/às professores/as da criança ou adolescente avaliado/a. A pessoa em avaliação costuma entrar de forma passiva nessa sequência de exames, sendo objeto sob o olhar de outrem; quando a/o usuária/a tem mais de 11 anos, é convocada/o a responder um dos inventários comportamentais que compõem o protocolo de avaliação.

Machado (1996) discorre a respeito dessa forma de avaliação, no contexto da queixa escolar, explicando que princípios liberais e discursos evolucionistas, segundo os quais o indivíduo é colocado como núcleo responsável pela sua própria adaptação e que marcam a modernidade europeia, disseminando-se no Brasil do século XIX, estão implicados na produção da rede de atores humanos e não humanos que teria legitimidade para classificar o normal e o anormal. Segundo a autora, a tomada do ser humano como objeto de estudo científico e a necessidade de se explicar as diferenças entre alunos/as, além de gerarem a valorização de especialismos e autorizarem as falas de especialistas como mais confiáveis e verdadeiras, acarretaram a criação de mecanismos que, tais como os testes pretensamente neutros utilizados para medir a inteligência, oferecem uma perspectiva simplista e individualista acerca do ser humano, avaliando-o como objeto e mascarando os vieses que modelaram a queixa e o próprio instrumento. Diante disso, Machado também afirma que os testes nos cegam, pois não nos permitem avaliar o campo de forças que produziu a demanda tal como chegou ao/à avaliador/a.

Merhy e Franco (2003) discutem, por sua vez, o uso de instrumentos e a formação tecnológica do trabalho, no âmbito da rede de assistência à saúde, associando-os historicamente a um modelo médico-hegemônico no qual se lança mão de ações prescritivas, realizando-se um tipo de trabalho que os autores chamam trabalho morto. Os autores explicam, em contrapartida, que toda ação assistencial pressupõe uma proporção – composição técnica do trabalho – entre o trabalho morto, que se baseia em tecnologias duras, ou instrumentos previamente preparados, e o trabalho vivo, que estaria vinculado à relação em curso, no momento do atendimento, dispondo de tecnologias leves, relacionais.

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta

médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2003, p. 7).

Considerando que, no SCDC, os instrumentos técnicos manejados na avaliação dos/as usuários/as são utilizados em uma situação com pouco espaço protocolar para a efetivação da clínica e de grande exigência de produtividade, o seu uso no cenário analisado não só não oferece uma perspectiva integral dessa pessoa em avaliação ou de sua queixa – ou da queixa a seu respeito –, como, ao invés disso, ratifica uma visão de que devemos avaliar o indivíduo e naturaliza a doença/transtorno, desarticulando-a de seus determinantes sociais, históricos e políticos.

Entre os instrumentos utilizados no processo de diagnóstico do TDAH no SCDC, os roteiros de anamnese, próprios de cada ambulatório ou especialidade do serviço, são os mais adaptáveis à tarefa clínica ou mais responsivos ao trabalho vivo – porque foram elaborados diante das demandas concretas atendidas no serviço e podem ser reformulados de tempos em tempos. Ao mesmo tempo que tais roteiros têm suas falhas reconhecidas pelas profissionais que os utilizam, eles são considerados ferramentas úteis ao seu trabalho investigativo: “Claro que os instrumentos podem ser melhor estruturados, mais ampliados”, afirmou a pediatra entrevistada. Ao que a geneticista e coordenadora do serviço acrescenta, posteriormente:

[...] nós temos um protocolo, que é o protocolo geral de avaliação, que é relativamente completo. Hoje eu já tenho um outro olhar desse protocolo. Já tenho ideias de alterar mais, mas, assim, o que ele é importante, porque ele faz um levantamento. Esse protocolo permite identificar riscos. Riscos de exposição. Riscos de exposição pré-estabelecido, riscos de exposição biológico, pré-natal, perinatal, neonatal e pós-natal. [...] além dessa criança, que, quando entra no serviço, ela vai passar pelo serviço social... Além dessa avaliação também, da análise de um profissional específico dessa área, mas ele também antevê alguma coisa dessa criança no seu ambiente.

Nesta fala, a servidora defende que o protocolo em questão abrange uma gama de aspectos importantes para avaliar a criança, de modo a conhecer o contexto em que a queixa se manifesta, bem como aponta para a premissa de que há complementaridade entre as avaliações de diferentes especialidades, como, por exemplo, o atendimento do serviço social, que contempla elementos não cobertos pelos atendimentos médicos e psicológicos.

Isto foi colocado em um momento da entrevista no qual falávamos sobre a relação de fatores sociais com a etiologia do diagnóstico de TDAH. Foi também neste momento que a psicóloga entrevistada se posicionou, como já citei, afirmando que o mesmo não é causado por questões sociais e que, caso elas sejam consideradas, são tidas como agravantes e não agentes etiológicos do quadro. Acrescentou-se, todavia, que a avaliação dessa dimensão social que

envolve a pessoa é importante, no sentido de se lançar um olhar aos sofrimentos possivelmente vivenciados de forma subjacente e combinada ao transtorno. A geneticista entrevistada expressa isto da seguinte maneira:

O que eu acho fundamental é que seja realmente aprofundado, analisado em relação à pessoa com TDAH, à criança com TDAH, é esse processo de vida dela. Onde ela pode ser alijada na família, onde ela pode ser alijada na escola, do processo de convívio social. Onde ela, de certa maneira, ela é rotulada.

Neste caso, a premissa adotada, portanto, é de que há, sim, relevância em se investigar fatores sociais, tais como problemas familiares e escolares, ao se fazer o diagnóstico de TDAH, mas estes comumente são tidos apenas como agravantes ou mesmo como consequências e não como causas efetivas do quadro, que é considerado disfunção neurológica, ou seja, transtorno individual de causa biológica. Sendo assim, a busca de uma visão ampla do caso, considerando-se outras questões que perpassam a vida dos/as usuários/as, ainda que esses aspectos não sejam necessariamente computados como fatores relevantes para determinar o diagnóstico do TDAH, configura um esforço para a realização de um atendimento mais integral, em observância aos preceitos do SUS, mas não opera, com isso, uma clínica pautada no diálogo interdisciplinar – isto é, entre diferentes campos de saber –, ao longo do processo diagnóstico.

Como afirmam Merhy e Franco (2003), algumas medidas de gestão foram empreendidas na assistência brasileira, a fim de superar tal modelo assistencial, historicamente hegemônico, por meio da modificação dos protocolos de atendimento em saúde. O que ressaltam, no entanto, é que a mudança tecnológica nesse campo de trabalho depende de muitos outros fatores, os quais extrapolam o alcance direto da regulamentação dos serviços: diz respeito à formação e à valorização dos/as profissionais da rede, às condições com que se busca garantir o fluxo entre seus serviços e ações, bem como ao corpo a corpo cotidiano que se estabelece entre serviço/agente e comunidade.

Ao pensar a composição técnica do trabalho no SCDC, por exemplo, entendo que foram criados protocolos e estruturas no serviço para que ele pudesse avançar na perspectiva de atenção integral à saúde da criança. Afirmo, ainda, que o espaço para tecnologias leves existe e é valorizado em algumas práticas que nele ocorrem, mas é escasso e, de maneira geral, tomado como contraproducente, tendo em vista o número de usuários/as à espera de laudos e encaminhamentos, que se converterão em ajudas de custo, terapias, medicamentos, enfim, direitos. Noto, portanto, que se fala em integralidade como um ideal a ser seguido no atendimento oferecido, mas a sua efetivação como prática concreta no serviço ainda é insipiente, na medida em que não tem terreno apropriado para se realizar, tanto por ser

incoerente com as formas de organização do trabalho, como também pelas heranças do modelo médico-curativo que ainda se sustentam e se ratificam, no mesmo.

Sendo assim, talvez até seja pertinente associar essa escassez do diálogo interdisciplinar direto – e a própria dificuldade de se debater as queixas de desatenção e hiperatividade do TDAH como uma classificação simplista e confusa – à pesada exigência de produtividade e à dificuldade de se estabelecer a fluidez ideal na rede de atendimentos, pois estes são certamente fatores implicados no serviço, o qual acaba por funcionar como fornecedor de laudos e, secundariamente, de terapias. Por outro lado, a formação dos/as profissionais que nele atuam, as concepções acerca do trabalho em saúde no nosso contexto cultural, as próprias definições das patologias avaliadas no serviço e, conjuntamente, a racionalidade disciplinar que as envolve – também fortemente disseminada na sociedade como um todo – parecem somar forças na configuração desse corpo de trabalho ainda tão segmentado.

Com efeito, não basta que haja, no serviço, um setor específico para cuidar da “humanização”, nem que o processo avaliativo e os instrumentos nele utilizados pressuponham a participação de diferentes interlocutores/as, se as condições em que o serviço é oferecido colocam tais medidas em concorrência com a urgência do laudo, a serialização da avaliação, a fragmentação do processo avaliativo em “nichos” disciplinares e a falta de espaço e de tempo para a realização de um trabalho clínico consistente, bem como para o diálogo vivo e efetivo entre essas vozes, que negociam o laudo “à distância”.

A multiplicidade de atores que participam do diagnóstico, de acordo com o que vimos, é ainda subordinada à ação hierárquica do saber médico, como “saber-chefe” na saúde e – por que não? – na sociedade. Quando afirmo isso, não quero dizer simplesmente que os/as profissionais médicos/as monopolizam as ações assistenciais em saúde e que atuam assim por meros interesses mercadológicos, mas sim, que a racionalidade médica está entranhada em toda essa rede operacional, que envolve profissionais, usuários/as, famílias, leis, manuais, protocolos; enfim, práticas, em seu sentido amplo, disseminadas nas mais variadas relações do tecido social, e sendo, portanto, muito mais que condutas de atores isolados.

Sigamos, pois, discutindo este ponto, relacionando-o aos modos pelos quais o SCDC – como ponto de referência na rede de cuidados do crescimento e desenvolvimento na qual se atende crianças e adolescentes de todo o estado do Pará – vem atualizando práticas de medicalização desses públicos e compondo uma trama tutelar que responde a normas de uma sociedade neoliberal.

3.2 A medicalização do infante ou a tutela da família e da pessoa em desenvolvimento na rede produtora do diagnóstico do TDAH

As crianças e os/as adolescentes são alvos privilegiados de vigilância e cuidados em nosso contexto social contemporâneo. No Estado Democrático de Direito, esse público foi adjetivado como portador de direitos, ganhando a qualidade de sujeitos jurídicos a receberem proteção integral e prioridade absoluta no orçamento e no atendimento, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Constituição Federal de 1988, no Brasil, seguindo normativas internacionais dos direitos, pautadas na Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, e na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, na Organização das Nações Unidas (ONU). Nas agências e organismos ligados à ONU, nas fundações, institutos, bancos, empresas variadas e em meio às práticas de educadores/as, juristas, profissionais da saúde e da assistência, em geral, podemos observar a construção da centralidade das crianças, no funcionamento das práticas da biopolítica, na atualidade, implicando um fazer viver ancorado em determinadas prescrições normativas.

Segundo Lemos (2007), a disseminação dos discursos evolucionistas da psicanálise e das psicologias do desenvolvimento possibilitou tal racionalização da importância política da criança e do/a adolescente, que passaram a figurar campo prioritário de investimentos em diversas áreas de intervenção, tais como educação, saúde e assistência social, com vistas à formação de adultos/as civilizados/as e úteis. A condição de estar em um processo peculiar no desenvolvimento conferiu às crianças a figuração de infância.

A infância tem sido entendida, moderna e contemporaneamente, como momento privilegiado de crescimento e transformação na vida humana – digna, pois, de cuidados específicos. Por sua vez, os/as adolescentes, pertencentes a uma categoria transitória, também são considerados/as sujeitos que devem responder de maneira diferenciada por seus atos, por estarem vivendo um período da vida que constitui a passagem da infância à vida adulta, dotado, pois, de especificidades que devem ser levadas em consideração.

Com efeito, vê-se surgir um conceito, “respaldado em estudos científicos”, que os agrupa e lhes justifica esses cuidados e formas especiais de cidadania: a peculiar condição de pessoa em desenvolvimento, expressa no artigo 6º do ECA, a ser considerada na interpretação de todo o corpo do texto do estatuto (BRASIL, 2012). Destarte, estar em desenvolvimento implica a ideia de que a pessoa está em formação e que suas condições físicas e mentais são mais frágeis, mais passíveis de mudanças e de danos. Como implicação disto, considera-se a criança incapaz de responder por si, de responsabilizar-se por seus atos e por sua própria

sobrevivência. Ao/à adolescente, atribuem-se medidas de responsabilização que considerem sua condição peculiar, adotando-se preferencialmente as de cunho educativo, em vez de sentenças penais, nos termos da lei.

Essa classificação etária, no entanto, não foi sempre assumida dessa forma e tampouco existia, em períodos historicamente anteriores. Neste sentido, Lemos (2015, p. 53) afirma que: “[...] não poderíamos falar de uma ‘descoberta’ da infância, mas de uma invenção dela, da emergência de instituições, de leis e saberes que a constituem, a cercam e a tomam como objeto de conhecimento e de intervenção”. Tal invenção, no Ocidente, esteve articulada a uma série de transformações sociais pelas quais passaram as sociedades europeias, no processo de industrialização e intensificação da urbanização, tendo repercussões não apenas no cenário econômico, mas provocando, em conjunto, intensas mudanças no que se refere à gestão da população, articulada, por sua vez, a instituições tais como a família, a escola e a medicina.

Ariès (1981), ao fazer uma análise documental com fontes iconográficas dessas transformações na França, aponta para a relação entre a diminuição da mortalidade infantil, a produção dos sentimentos de infância e de família, assim como a crescente importância das práticas médicas e pedagógicas no trato das crianças. Donzelot (1986) acrescenta que, a partir de complexos processos de transformação das famílias medievais em famílias modernas, forjaram-se mecanismos de valorização do cuidado e do controle das crianças, que deveriam ser conservadas e educadas para se tornarem adultos socialmente produtivos.

Ao problema “das crianças” (quer dizer de seu número no nascimento e da relação de natalidade mortalidade) se acrescenta o da “infância” (isto é, da sobrevivência até a idade adulta, das condições físicas e econômicas dessa sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização dessa “fase” que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente essa época da vida (FOUCAULT, 2014a, p. 304).

Foucault analisa também a contextualização da emergência de tal lógica no governo dessa população, relacionando o privilégio da infância nas políticas públicas à medicalização da família e às transformações das políticas de saúde – europeias – no século XVIII. Para o autor, a família se torna, neste momento em que as crianças passam a viver mais e tornam-se mais numerosas, instrumento e alvo privilegiado de governo, sendo responsabilizada por formar futuros/as adultos/as aptos/as a inserir-se na nova conjuntura social que se formava, estando incumbida da função de conduzir da melhor maneira o desenvolvimento de seus/suas filhos/as. Nas palavras de Foucault (2014a, p. 305): “[...] o laço conjugal não serve mais [...] para estabelecer a junção entre duas ascendências, mas para organizar o que servirá de matriz para

o indivíduo adulto”, isto é, “[...] fabricar, nas melhores condições possíveis, um ser humano elevado ao estado de maturidade”.

Retornando a Donzelot (1986), vemos que a atribuição dessa tarefa à família é combinada a um processo de medicalização e à modificação da lógica familiar, constituindo-se a família com relações complexas de interdependência e na qual o saber médico passa a exercer a função de referência central nos cuidados com a saúde. O autor explica que a mulher passa a ter maior autoridade na família, no que diz respeito aos cuidados com as suas crianças e à produção de saber sobre elas, mediante aliança estabelecida com o médico, figura que ocupa o lugar do saber autorizado sobre a infância, que fornece as prescrições mais corretas para se seguir e otimizar o desenvolvimento infantil, bem como se torna a referência à qual mais se remete em esferas cada vez mais variadas da vida, tanto familiar, como social.

Juntamente a isto, estabelecem-se alianças entre médicos e educadores, de modo a constituir modernas disciplinas do conhecimento acerca do desenvolvimento infantil. Guarido (2007) aponta, nesse sentido, para as alianças históricas entre a pedagogia e a psiquiatria infantil como saberes que se colocaram como campos de estudo do desenvolvimento. Ao historicizar a emergência de tratamentos médico-pedagógicos, endereçados às desordens nas condições da criança para se tornar um adulto capaz moral e intelectualmente, a autora argumenta que:

Os conceitos educável ou ineducável aplicáveis às crianças, frutos dos testes de inteligência e das determinações dos graus de deficiência mental considerados naquele momento, reafirmam a forte ligação das propostas de tratamento da criança aos procedimentos pedagógicos, ou melhor: diagnóstico e tratamento das crianças são estabelecidos a partir das condições destas para o aprendizado, o que é fruto da difícil separação do sofrimento psíquico da criança de seu desenvolvimento psicológico e da expressão deste na apreensão pela criança dos códigos de moralidade vigentes, bem como de suas aquisições cognitivas (GUARIDO, 2007, p. 155-156).

Notemos, pois, na construção desse campo de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e na produção de categorias nas quais serão alocadas as crianças – que se tornam cada vez mais hegemonicamente baseadas no binômio normal-anormal ou normal-patológico – a interlocução, também frutífera, entre as disciplinas médica e pedagógica, que passavam a se ocupar conjuntamente das questões de escolarização e normalização das crianças.

A propagação desses saberes ocorreu, no Brasil, por meio de práticas higienistas, destinadas a fazer cumprir metas de normalização física e moral de nossos infantes. Boarini e Borges (2009) comentam que o movimento higienista brasileiro, desde o início do século XX, organizou-se congregando ações de médicos, entre outros profissionais de saúde, e educadores, como professores, pedagogos e familiares. As autoras destacam, na força-tarefa higienista, o

enfoque dado à transformação do corpo individual e seus comportamentos, com amparo nos conhecimentos da biologia e de outros saberes que naturalizam a complexidade humana. Por meio da articulação entre a educação escolar e a medicina social, buscavam transformar crianças pouco polidas – vistas como sujas e/ou “mal-educadas” – em adultos saudáveis, física e moralmente, de acordo com os padrões de higiene estabelecidos como normais.

Lobo (2015a, p. 202), ao analisar a expansão da psiquiatria no contexto brasileiro, defende que esta é: “Uma medicina que, desde a criação de suas primeiras escolas no Brasil do século XIX, em 1832, tomara para si o encargo de instituir a ordem e de impedir a degenerescência da espécie que o desregramento dos costumes poderia produzir”. Gondra (2015) acrescenta que as teses sustentadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX apontavam para diretrizes de cunho moral e de controle disciplinar a serem cumpridas pelas escolas. O autor, então, afirma:

Como é possível observar há homologias entre o que se passa no Brasil e os movimentos em curso na Europa, como a preocupação com a dimensão moralizadora e normalizadora da educação. No caso do Brasil, os aspectos contidos no discurso médico compõem um programa que busca conjugar procedimentos de ordens distintas, com o único fim de erradicar ou minimizar o mal que, no caso, é representado pela degeneração ou depravação moral, cujo antídoto seria a promoção de uma longa coação junto à juventude (GONDRA, 2015, p. 146).

Sendo assim, no Brasil, o surgimento da infância é embebido das tendências europeias já descritas, na medida em que os avanços da medicina, a redução da mortalidade infantil e o investimento na otimização da vida produtiva da população por meio de diferentes instituições e aliado à medicalização da sociedade, progressivamente chegaram ao país.

Por outro lado, devemos reconhecer as particularidades históricas e locais em meio às quais se institui a infância neste país, como processo posterior e fortemente marcado pela colonização, com as nuances de uma escravidão que perdura até o século XIX e os descompassos de uma industrialização tardia (LOBO, 2015b). Arantes (2009, p. 155) apresenta alguns rostos de crianças brasileiras, evidenciando sua marca nacional:

Neste sentido, tanto as crianças “tábulas rasas” dos primeiros jesuítas quanto os “expostos” e “desvalidos” da antiga caridade, bem como os “abandonados” e “irregulares” da República aparecerão como rostos datados, em descontinuidade uns em relação aos outros — perpassados todos, no entanto, pela herança de exclusão que marca a história do Brasil desde o descobrimento.

Diante disso, posso destacar que, até chegarmos ao que hoje entendemos como criança, foram emergindo muitas outras figuras entre os pequenos – tais como pagens, filhos de famílias, expostos, órfãos, irregulares, menores – sem que elas correspondessem a um conceito universal

de infância. A criança, como categoria unificada, referente a uma população etária que compreende sujeitos de direitos, aparecerá, no Brasil, apenas no final do século XX, com a instituição do ECA.

A criação e a naturalização da infância resultam, então, em processos intensos de medicalização da vida e na forma da criança frágil, vulnerável, manipulável ou corruptível, digna, pois, de proteção, educação e tutela, em virtude de sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Além disso, ao serem caracterizadas como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais – como é feito no ECA –, ratifica-se a necessidade de se oferecer às crianças um conjunto de políticas públicas de assistência, a qual só vinha sendo prestada a alguns segmentos da população infantil, pelo sistema caritativo-filantrópico, sem que se fizesse dela uma oferta pretensamente ampla e democrática (LOBO, 2015b).

Tal articulação, a partir do ECA, passa a ser engendrada na forma de políticas públicas de prevenção e assistência, vinculadas à prerrogativa de proteção integral e promoção dos direitos da criança e do adolescente. Com isto, formaliza-se o que Donzelot (1986) chamou de complexo tutelar, caracterizado pela interimplicação entre agentes jurídicos, educacionais, profissionais da saúde e família, no qual esta passa a funcionar como objeto e instrumento de governo, induzida a colaborar na preservação da saúde e integridade das crianças, bem como assegurar a utilidade social de seus membros. A família deve cumprir, portanto, a incumbência de policiar suas crianças por meio do olhar clínico que lhe conferem os especialismos que dela se encarregam – os ditos saberes-poderes da norma.

Ao analisarmos o trabalho de diagnóstico do TDAH realizado no SCDC, vemos que essa rede tutelar se atualiza, na medida em que temos um processo coordenado e legitimado por especialistas médicos/as e a família é quem se encarrega de levar crianças e/ou adolescentes que estão sob sua responsabilidade para submeter-se à avaliação do desenvolvimento, além de ser convocada a colaborar com o trabalho pedagógico das escolas, onde comumente são produzidas as queixas que levam ao serviço, nos casos de suspeita de TDAH. Sendo assim, discutirei dois aspectos que se relacionam à atuação desse complexo tutelar na produção do diagnóstico de TDAH no serviço estudado.

Primeiramente, chamo atenção para o lugar da criança e do/a adolescente no processo diagnóstico. Ora, a premissa que opera esse complexo é justamente a tutela da pessoa em desenvolvimento, que é examinada como objeto de estudo por especialistas médicos-psi. A família – também tutelada ou passível disto –, bem como educadores/as ou professores/as participam desse estudo como informantes. A criança e o/a adolescente – menos que a criança

– permanecem quase totalmente infantis nesses processo, isto é, sem voz ativa em seu próprio exame e avaliação: pouco ou nada se inclui, nos procedimentos desse trabalho diagnóstico, do discurso da criança acerca da questão que a levou ao serviço. O/a adolescente, como já mencionei, é convidado/a apenas a responder um inventário de comportamentos, que comporá sua avaliação psicológica, junto a outros questionários respondidos por outrem. No mais, sua participação se limita aos momentos em que são observados/as ou testados/as. A queixa é, via de regra, produzida por outras pessoas – que não o/a usuário/a, tais como pais, mães e/ou responsáveis – e será acolhida e transformada em assistência, como vimos, após a fala desse/a adulto/a ser codificada pelo trabalho de algum/a profissional da rede de saúde, segundo a ordem discursiva que opera, medicalizando-se e institucionalizando-se a problemática, de modo que a produção de saberes sobre esse/a usuário/a, “em desenvolvimento”, torna-se cada vez mais um poder praticado por especialistas e distanciado do alcance dessa pessoa.

Se Machado (1996) já criticava a postura epistemológica de se tomar a criança como o foco, individual e reduzido a aspectos biológicos, das explicações sobre as queixas escolares, que corriqueiramente levam ao diagnóstico de TDAH, Carel e Györfy (2014) questionam se não estaríamos cometendo injustiça epistemológica ao desqualificarmos, assim, sumariamente, a voz das crianças em seus processos diagnósticos. Os autores defendem, diante disso, que busquemos alcançar justiça nesse quesito, tendo em vista que as crianças não precisam apenas ser observadas, mas também necessitam ser ouvidas.

A partir da entrevista em grupo realizada com algumas profissionais do SCDC, pode-se notar sua preocupação com a escuta dos/as usuários/as no sentido de acolher sofrimentos adjacentes ao diagnóstico¹⁸, ou sondar possíveis violências de que eles/as possam estar sendo alvos¹⁹. No entanto, sabemos que essa escuta se efetiva de modo predominantemente indireto, por meio do relato de adultos/as que se ocupam da criança e também com a mediação de instrumentos duros, tais como testes e questionários, que aparentemente são tidos como meios mais adequados para este fim, seja por se desacreditar a fala da pessoa em avaliação, seja porque consultar adultos/as e aplicar testes tomem menos tempo do que realizar um trabalho clínico diretamente com a criança. Deste modo, analiso que o processo diagnóstico em questão se baseia eminentemente na fala de adultos/as sobre crianças e adolescentes/as, que são

¹⁸ Como veremos no capítulo seguinte, a equipe do serviço acredita que o TDAH está relacionado a sofrimentos ligados a estresse, estigmatização, segregação, depreciação e repreensão consideráveis e afirmam, por conseguinte, que contemplar estas questões é parte indispensável do trabalho clínico.

¹⁹ Não só no atendimento do Serviço Social essa questão é tocada. No inventário de comportamentos respondido para a avaliação psicológica realizada no SCDC, por exemplo, existem alguns itens que são considerados sintomas relacionados ao sofrimento de violências, tais como enurese e encoprese.

“sujeitos/as” à avaliação de forma que sua participação é limitada e filtrada, mesmo que sejam os/as principais implicados/as no que diz respeito aos efeitos desse diagnóstico. A injustiça epistemológica, assim, se mantém e está amparada na justificativa de que são incapazes de responder adequadamente por si.

O segundo ponto que destaco complementa a discussão sobre integralidade levantada anteriormente: a supremacia dos saberes médicos-psi²⁰ dentro desse complexo tutelar e a tomada da família e de educadores/as como elementos hierarquicamente secundários nas negociações a respeito do diagnóstico em questão. No que diz respeito a essa relação com as famílias, além de se saber que a mãe – ou avó, ou outra responsável na figura feminina – é quem costumeiramente leva a criança ou o/a adolescente aos atendimentos no SCDC, responde aos roteiros de anamnese, questionários, *check-lists* etc., operando a aliança já discutida acima com Donzelot (1986), deve-se salientar também que, no caso do SCDC, trata-se de um público predominantemente de baixa renda, o que acentua um tanto mais o ímpeto tutelar. Vejamos, por exemplo, como a pediatra entrevistada se refere ao mesmo:

A maioria da nossa clientela, dentro do Caminhar, é uma população de baixa renda, é uma população com inúmeros problemas socioeconômicos e psicológicos, porque as coisas tão todas imbricadas, tão todas interligadas. Então você vê muitos relacionamentos conflituosos entre os pais, entre o pai, entre a mãe [...]. Você vê situações financeiras muito precarizadas, que geram muitas vezes também [...] há uma criação das crianças precarizada com relação ao afeto, porque, às vezes, você tem pessoas que mal têm o que comer.

Notemos que a situação socioeconômica desfavorecida é associada à precariedade dos cuidados com as crianças, discurso este que implica a necessidade de se suprir tais carências por meio da rede assistencial, bem como reivindica uma atenção especial a essas famílias, no sentido de observar de perto seus modos de garantir a proteção e o desenvolvimento integrais de suas crias. Em outras palavras, produz-se um discurso de desconfiança e justifica-se a acentuação da vigilância e da tutela dessas famílias.

Donzelot (1986), ao tratar das práticas de normalização das famílias francesas pelo Estado no século XIX, apresenta uma análise que empresto para pensar, de forma análoga, a relação do SCDC com seu público. Ao falar que as famílias pobres também passavam por esses processos de normalização, mas segundo uma lógica diferenciada daquelas mais abastadas, o autor afirma que, diante da pobreza, sobre a qual já se supunha imoralidade, as formas de

²⁰Ao dizermos saber médico-psi, referimo-nos a um conjunto de práticas discursivas que, apesar de não ser homogêneo e coeso, articula-se no sentido de exercer o papel normativo em nossa sociedade. Não desconsideramos, por exemplo, que o trabalho da psicóloga tem um peso hierárquico diferente do trabalho das médicas, no serviço. Mas, como já vimos anteriormente, é sabido que a Medicina e a Psicologia colaboram historicamente entre si na constituição de verdades sobre o desenvolvimento humano.

garantir o cumprimento das normas estabelecidas operavam por meio da suspensão do poder patriarcal, de modo que os objetivos sanitários e educativos foram aliados aos métodos de vigilância econômica e moral, em um processo explícito de tutelarização dessas famílias.

Em compensação, lá onde a família dá provas de capacidade de autonomia econômica, a difusão das normas pode se operar seguindo os mesmos canais pelos quais a filantropia produziu e encorajou essa autonomia, batendo nas mesmas teclas. [...] A relação que se estabelecerá, então, entre a família e a escola, entre a família e as organizações de aconselhamento relacional [neste caso, o serviço em questão] será, como a que ela mantém com a poupança, uma relação de *sedução*. [...] Ela se apoia simultaneamente no desejo de autonomia da família e no dos indivíduos, operando a junção entre o êxito de uma e a realização dos outros, num processo de intensificação da *contratualização* (DONZELOT, 1986, p. 85. Grifos do autor).

Acrescento, ainda, que esses discursos se vinculam também à formulação da política educacional, no Brasil. Patto (1993) analisa, no contexto brasileiro, que o trato das dificuldades encontradas na escola pública – no esforço democrático de consolidação do ensino obrigatório universal – e o famigerado fracasso escolar de crianças pobres foi fortemente associado a teorias racistas e de cunho ideológico, segundo as quais existiria uma carência cultural associada à pobreza. A autora explica que, por mais que se buscasse superar os determinismos biológicos apresentados por teorias higiênicas eugenistas, no século passado, ainda prevaleciam discursos que desqualificavam a pobreza e os pobres em si, apontando-os como causa e origem dos problemas do ensino escolar.

Segundo essa lógica, as famílias que frequentam o serviço são tidas *a priori* como carentes, insuficientes, desajustadas, inadequadas, enfim, dignas de atenção pública. Sua adesão aos processos de normalização aos quais são submetidas – ao serem, de certo modo, institucionalizadas, a reboque de suas crias “malcriadas” – é tomada, assim, como requisito para que tenha alguma credibilidade e autonomia. Quando descumprem as prescrições dos/as especialistas do serviço, supõe-se falta de informação e indisciplina infundada, acentuando-se as medidas de controle, a exemplo de pesquisas sobre a “adesão ao tratamento”, realizadas por parte do setor de Psicologia. As servidoras entrevistadas são unânimes ao afirmarem que o caminho mais correto para se estabelecer uma relação eficaz no cuidado com os/as usuários/as é aquele no qual a família colabora, sendo “os olhos dos/as médicos/as” fora do ambiente hospitalar, para que relatem todos os movimentos e nuances dos comportamentos da criança e os efeitos da manipulação/tratamento administrada sobre ela, e voluntariando-se docilmente a cumprir as orientações desses/as profissionais.

Com isso, também emerge uma outra faceta dessa relação: a apropriação do discurso médico pelas famílias. Trata-se do uso das classificações médicas, a identificação de sintomas,

enfim, sua linguagem, em práticas cotidianas de julgamento de pessoas em desenvolvimento que estejam ao redor. Certa vez, enquanto trabalhava na análise de fichas do serviço, presenciei um diálogo entre responsáveis que acompanhavam usuários/as do serviço, que tenho como um exemplo emblemático disto:

- Acho que esse é hiperativo.
- O meu tá com suspeita de autismo.
- O teu acho que é hiperativo.
- Eu tenho certeza. Muita atividade.

(Diário de campo, 16 de janeiro de 2015)

No que se refere à relação do serviço com os/as educadores – professores/as, pedagogos/as – que se encarregam dos/as usuários/as que por eles passam, reconheço e aponto para uma relação colaborativa, tanto no trabalho diagnóstico, quanto no tratamento das problemáticas em questão, de modo que o serviço se apresenta como lugar competente para coordenar esses processos e produzir as prescrições a serem seguidas, especialmente na figura das médicas e da psicóloga. Vimos que historicamente os saberes médicos-psi higienistas se introduziram nas escolas, assim como os saberes pedagógicos serviram como base para muitos conceitos e classificações na área médica e nas produções da Psicologia referentes ao desenvolvimento infantil. É como se a linha de frente pedagógica fornecesse matéria-prima bruta para ser processada em campos de saber mais autorizados, os quais produziram formulações mais refinadas, científicas e seguras.

Na entrevista em grupo, a pediatra participante mencionou um material elaborado para a escola como referência para a atuação com alunos/as diagnosticados/as com TDAH:

Isso me lembrou um material que nós temos e podemos repassar pra vocês, que foi criado pelas professoras, que têm parceria com a gente, da Classe Hospitalar, que ele é uma orientação de como [...] é uma orientação pra escola. Ele é como se fosse uma mini-cartilha por escrito que a gente entrega pras crianças diagnosticadas com TDAH pra, tanto as mães levarem pras escolas, entregarem para os professores pra que eles [possam] estar trabalhando melhor os conteúdos e elaborando as aulas, elaborando melhor as suas táticas pedagógicas pra um ensino mais adequado a esse tipo de dificuldade.

Ao buscar esse material, fui apresentada, na Classe Hospitalar, a um pôster em lona (ANEXO G), que corresponderia à síntese gráfica das ideias contidas na mini-cartilha anunciada pela pediatra. É possível observar, nesse material, além da obrigatória referência à tríade sintomatológica do TDAH, como categoria médica, a informação de que o diagnóstico é clínico e “realizado por um médico, juntamente com equipe multiprofissional (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicopedagogo)”, ficando destacada a posição central

desse médico, que é auxiliado por uma equipe multiprofissional na qual se reúnem diferentes áreas “secundárias” do conhecimento em saúde/educação. Ora, isto está presente em um material produzido pelas próprias professoras da Classe Hospitalar, tornando evidente que a supremacia do saber médico é também aceita e naturalizada entre essas educadoras, ao se tratar do diagnóstico em questão²¹.

Por outro lado, no SCDC, relatórios escolares podem ser abundantemente encontrados nos prontuários de seus/suas usuários/as associados ao TDAH – e, sem dúvida, em muitos outros –, bem como testes respondidos por professores/as constituem parte integrante do protocolo de atendimento da psicóloga. Também já sinalizei que muitos encaminhamentos recebidos pelo SCDC são demandas provenientes da escola, elaboradas por esses/as professores/as. Sendo assim, embora sua participação nas narrativas que constroem os diagnósticos de TDAH seja marcada por uma subjugação diante do saber médico e pela tentativa de se apropriar dele, utilizando-se de sua linguagem, como a enumeração de sintomas e suas classificações nosológicas, entendo que há um lugar consolidado desses atores na produção dessas narrativas e também na produção de clientela para o SCDC.

Corroborando esse argumento, apresento a fala da neurologista entrevistada, quando relatou o contexto de criação do Ambulatório de Aprendizagem:

Então, foi, quando nós começamos a ver que as escolas estavam mandando pacientes pra nós como transtorno do déficit de atenção e a gente diagnosticava déficit de aprendizagem foi que nós criamos, aí sim, o ambulatório de dificuldade de aprendizagem, que aí engloba todos esses processos e inclusive o déficit de atenção.

Ou seja, a demanda das escolas teve interferência nítida na estruturação do serviço tal como o conhecemos hoje, produzindo e encaminhando queixas sobre a aprendizagem escolar e o comportamento de seus/suas alunos/as. Essas queixas comparecem fartamente ao serviço, ao serem supostos transtornos de aprendizagem ou de comportamento, o que inclui o TDAH, ou mesmo combinando-se as duas hipóteses. Não à toa vimos que, com grande frequência, os códigos referentes ao TDAH e a transtornos de aprendizagem são combinados de forma aglutinada nos prontuários e laudos produzidos no serviço.

No capítulo seguinte, discutirei como o diagnóstico do TDAH está articulado aos seus efeitos, analisando as relações do laudo com seus subprodutos, tais como as formas de cidadania que ele opera, bem como os mercados que constitui e os quais, ao mesmo tempo, sustentam sua legitimidade e a demanda pela sua produção.

²¹ No que se refere ao seu tratamento, tais hierarquias se modificam, como poderemos ver mais adiante.

4 OS EFEITOS, TAMBÉM CONDIÇÕES: subprodutos e atravessamentos da produção do TDAH

Entre os aspectos envolvidos na produção do diagnóstico de TDAH no serviço em questão, além de peculiaridades no que diz respeito à organização do processo, tanto em sua objetivação discursiva, quanto nas práticas de negociação e circulação do/a usuário/a na rede, pus o olhar, durante a pesquisa, em outras linhas que se colocam em intenso atravessamento na malha produtiva desse diagnóstico. Vejo operar essas linhas tanto como efeitos do diagnóstico, quanto como forças que o levam a ser produzido: a institucionalização e a garantia de direitos pelo laudo, bem como a produção de consumidores de terapias e medicamentos.

O questionamento sobre o porquê de tanta urgência para o laudo, a qual imprime celeridade ao ritmo de avaliação e o faz eminentemente instrumentalizado, como já foi discutido, além de ser gestado comigo desde que comecei a habitar o campo onde esta pesquisa se desenrolou, mostrou ressonâncias em publicações de autores/as brasileiros/as e estrangeiros/as, que me fizeram atentar para um importante catalizador do processo: a dependência dele para o acesso a direitos urgentes, como a aceitação social e a inclusão na vida produtiva. Além disso, no desdobrar da pesquisa, pude notar que esse fator ocupa um lugar fundante na defesa da atribuição do diagnóstico de TDAH e no aparelhamento do serviço para este fim. Configura potente licença que se põe no intuito de afastar as críticas a essa confusa e controversa classificação.

4.1 Desculpe o transtorno: o laudo como direito, as biocidadanias e o efeito redentor do diagnóstico

Desculpe o transtorno
 Você que é morno
 Releve essa culpa

Dê-me uma lauda
 De véu e grinalda
 Que a gente se casa
 Para não mais largar

Dê-me cuidado
 Sistematizado
 Que a gente se junta
 No nível do mar

Mar que oscila em ondas
 De baixas e Tsunamis
 Acidentes infames
 Melhor ocultar

O que era mau
Conquistou o dó
O imoral ficou doente
Seu leito encobre o nó

Está escrito na minha mão
Marcado no corpo
Que nasci contravenção.

(Diário de campo – 3 de dezembro de 2015)

O TDAH, como diagnóstico, é um produto do SCDC. Junto com ele, a dinâmica de vida da pessoa diagnosticada ganha, como subproduto, modificações que extrapolam, obviamente, a simples posse do laudo. O diagnóstico de TDAH produz identidades, dá acesso a direitos e produz usuários para uma rede de cuidados complexa – e lucrativa. Assim, configura um modo de viver específico para essas pessoas, articulado a lógicas que explicam essas vidas e seus processos do ponto de vista biológico – do transtorno neurológico – e que conferem seu lugar em relação ao parâmetro de normalidade-anormalidade.

Rose e Novas (2003) cunharam o termo cidadanias biológicas para nomear projetos de cidadania, tais como os reportados acima, pautados em uma racionalidade biológica sobre a existência do ser humano, como indivíduo e como espécie. Essa dimensão da cidadania se faz presente em nossa sociedade, na medida em que amparamos a concessão de direitos com base em traços biológicos e/ou diagnósticos que justificam uma condição patológica. É o caso das políticas direcionadas às populações com diagnóstico de patologias, consideradas deficientes e/ou com necessidades educativas especiais, as quais se pautam em critérios identitários – funcionando com base na premissa de que esses grupos são homogêneos – e com frequência embasam-se nas características biológicas que supostamente asseguram sua homogeneidade.

Caliman (2013) menciona ainda a produção de biodiagnósticos, que seriam diagnósticos fundamentados em uma concepção estritamente biológica do ser humano, os quais negligenciam outros aspectos de sua complexidade, tais como os atravessamentos históricos, políticos e sociais que compõem a sua existência. De acordo com a autora, a prática diagnóstica assume um papel extraordinariamente central em nossa 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” (CALIMAN, 2013, p. 110), de modo a gerar impactos em nosso sistema de direitos e engendrar, assim, produções de realidade.

O estudo feito por Oliveira e Souza (2013) acerca dos projetos de lei que dispõem sobre a Dislexia e o TDAH no Brasil, mostra, por exemplo, que, neles, reivindicam-se direitos

específicos para as pessoas assim diagnosticadas, utilizando-se de justificativas que forjam essas cidadanias a partir de um delineamento biológico de indivíduos, fundamentando-se os referidos transtornos como graves condições de desvio neurológico. Esses projetos e as definições dos diagnósticos de que eles tratam desconsideram, portanto, aspectos educacionais, econômicos e sociais que podem estar relacionados às dificuldades escolares das crianças que acabam por ser diagnosticadas com esses transtornos neurológicos.

Por outro lado, existe uma outra forma de implicação social associada a essa racionalidade. Segundo Ortega (2003, p. 65-66):

[...] os novos critérios de agrupamento biosociais e biomédicos substituem progressivamente os padrões tradicionais, tais como raça, classe, religião, orientação política. A troca do conceito de doença pelo de deficiência – referindo-se a déficits a serem compensados socialmente e não a doenças a serem tratadas – é decorrente desses deslocamentos.

No Brasil, não há leis que definam o TDAH como uma deficiência. No entanto, a jurisprudência brasileira – concernente aos casos de pessoas diagnosticadas que entraram na justiça para fins de acesso aos medicamentos destinados ao seu tratamento – tem feito uso de justificativas que o caracterizam como tal (ABDA, 2014). Ortega (2003) alega que o conceito de deficiência, atualmente, deslocou a ideia de doença, de modo a sugerir que as limitações ocasionadas por diferenças biológicas não devem ser alvo de cura, mas, em vez disso, requerem compensações sociais. Nesse sentido, o TDAH é incluído no rol de diagnósticos vinculados a necessidades educativas especiais (MOREIRA, 2015), o que legitima o direito das pessoas diagnosticadas no que se refere à compensação de suas dificuldades escolares por meio de um atendimento específico.

Consequentemente, sendo, por um lado, a educação um direito universal, segundo um paradigma inclusivo e acolhedor das diferenças, e, por outro, o acesso a esse direito subordinado a um laudo, vemos criar-se uma cadeia de dependências que produzem o desejo pelo diagnóstico. Rech (2013) afirma que a perspectiva da inclusão funciona como uma estratégia de sedução, na medida em que supõe a garantia ampla de direitos, incorporando-se as diferenças interpessoais no interior desse plano de cidadania. Em contrapartida, tais diferenças devem ser examinadas e classificadas para serem admitidas no seio de uma instituição como a escola, que ainda funciona como aparelho normalizador e exige certa homogeneização dos corpos. Assim, o acesso ao laudo – e o consequente acesso a estratégias educacionais mais inclusivas – torna-se também um direito desejável. Essa situação é apenas um exemplo de como a submissão à avaliação por especialistas de saúde e a vinculação a um diagnóstico de transtorno neurológico vêm servindo como moeda de troca para o acesso a direitos.

No SCDC, ratifica-se a importância da produção do diagnóstico de TDAH com base nessa mesma lógica. Como afirma a psicóloga entrevistada:

O Caminhar tomou um corpo de avaliação [...] pra que a criança começasse a ter direito dentro da rede SUS. [...] Eu super acredito, acho extremamente importante a questão da avaliação. Você só tem direito a partir do momento que você tem o [código da] CID. Então eu só posso dizer que eu tenho direito de um atendimento diferencial se eu provar: “olha, eu preciso”.

Essa mediação das relações de cidadania pela via do diagnóstico se reafirmou em uma outra situação na qual discutíamos eu, a assistente social e uma das pedagogas da Classe Hospitalar. Na ocasião, estávamos conversando sobre os códigos utilizados pelo serviço social no campo destinado à CID, nas fichas de produção. A assistente social explicava que, em vez de diagnósticos, preenchiam essa coluna com códigos referentes ao encaminhamento dado no atendimento, como, por exemplo, pedido de benefício ou auxílio para transporte.

Esse assunto suscitou uma questão, que a pedagoga logo trouxe à tona, dizendo algo como: “Pois é, mas é esquisito ter que dar um diagnóstico, assim, se for no primeiro atendimento”. A isso, a assistente social respondeu explicando que a lógica era que a consulta de retorno só seria justificada se fosse preenchido o CID. Isto é uma questão do funcionamento do serviço, conforme as regras de atendimento pelo SUS (Diário de campo – 12 de dezembro de 2014).

Ou seja, embora estivéssemos falando de um serviço de diagnóstico, no qual, supõe-se, os/as usuários/as estão em processo de avaliação e, portanto, não necessariamente já chegaram a um laudo, ainda assim, os protocolos de atendimento incitam a produção dessas classificações prematuras, como requisito de continuidade dos atendimentos. Até mesmo o acesso aos benefícios, operacionalizado pelo serviço social no SCDC, está subordinado a tal ação classificatória, o que gera um ciclo compulsório de atribuição de CIDs: “A população atendida vem de todo o estado, sendo boa parte caracterizada pelo baixo nível socioeconômico e a urgente necessidade de se ter um benefício/auxílio, para transportar-se aos atendimentos no hospital” (Diário de campo – maio de 2014). Mesmo se considerarmos que essas classificações ainda não são o laudo propriamente dito, essa sistemática classificatória não deixa de ser sintomática de um aparelho de assistência à saúde medicalizado que produz efeitos de poder e de subjetivação.

Podemos observar também a afirmação explícita de que o laudo tem um papel redentor na vida da pessoa diagnosticada, a qual, antes dele, sofre discriminações e julgamentos morais, conforme relatou a neurologista na entrevista:

É importante essa avaliação, porque senão essa criança vai ser discriminada na sala de aula. O processo maior é a discriminação que ela sofre na escola. Porque tudo o que acontece na sala de aula a professora não quer saber se foi

outra criança. A culpa já vai direto pr'aquela criança. Ela nem viu, mas ela já tá culpando. Entende? Então isso é uma situação muito vexatória pr'aquela criança. Quer dizer: além de todo um quadro que ela tem de um déficit de atenção ela ainda vai ter um transtorno emocional muito sério. Muito. Eu acho que, até mais grave do que o próprio déficit de atenção, é o trauma emocional que essa criança sofre. Eu tenho crianças que chegam pra mim e dizem assim: “Tia, a professora na escola, ela tá escrevendo. Se cai algum objeto lá do colega, a primeira pessoa que ela grita o nome sou eu e eu nem tava metido na coisa. Aí eu sou logo mandado pra secretaria, eu vou lá pra diretora. A diretora nem me ouve. Porque parece que eu sou o bicho papão da turma”. Entende? Quer dizer, o processo emocional que essa criança sofre é muito mais sério do que o próprio déficit de atenção dela.

A neurologista afirma, assim, que o sofrimento da criança com dificuldade em sala de aula é significativo. Na leitura dela, o laudo contribui para que se minimize esse sofrimento, na medida em que ela passa a ser mais aceita, dada as suas condições. Nessa perspectiva, o laudo visa contribuir com a saúde – sim –, mas também com a escolarização e, principalmente, com a garantia da cidadania, de uma forma mais ampla, das pessoas que o “portam”.

Ortega (2003) acrescenta que esses biodiagnósticos funcionam como formas contemporâneas de identificação entre pessoas, constituindo o que ele chama de bioidentidades. Para o autor, a vida que levamos nas sociedades ocidentais contemporâneas, tomada por prescrições de procedimentos corporais, médicos, higiênicos e estéticos, leva-nos à criação de identidades somáticas, as bioidentidades, a partir das quais se forjam grupos biopolíticos para os quais serão direcionadas políticas particulares.

Nesse sentido, outro efeito do laudo comparece em nosso campo: a sensação de pertencimento a um grupo, dentro do qual as pessoas se identificam a partir de seu marcador biológico, que é o transtorno. A psicóloga do serviço reiteradamente informa que é diagnosticada como portadora de TDAH e, com isto, além de se colocar no lugar de quem tem alguma propriedade sobre o assunto – por “viver o transtorno na pele” – defende que é transformador estar amparada pelo laudo. Na entrevista, ela diz:

Eu sei disso mais do que ninguém. Eu sou uma TDAH, eu tenho uma filha que é TDAH. Ela tem um atendimento diferencial por conta disso. E se eu não tiver esse CID, eu não tenho como exigir o direito da minha filha.

Eu já tive uma pesquisa onde eu queria ver a que grau o estresse da criança com déficit de atenção chegava. [...] O desgaste – o desgaste! – que um TDAH tem pra se manter atento em algo é muito maior do que o das outras pessoas, entendeu? Então existe um desgaste neurológico, existe um desgaste de energia. Existe um gasto emocional. Um investimento muito grande que não é percebido quando não tem um diagnóstico.

Note-se a ênfase na busca por respaldo científico que sustente o quanto se sofre por se viver com TDAH, o que fortalece a reivindicação pelo reconhecimento de que é uma condição

grave e de que requer cuidados específicos. A psicóloga reportou em outras ocasiões de conversa informal que, antes de ter o laudo, pensava que era depressiva, considerava-se menos capaz do que outras pessoas e que, quando foi diagnosticada, era como se ela não estivesse mais sozinha, desamparada. Caliman (2013) comenta que essa sensação de conforto e alívio, associada ao laudo, articula-se à adesão da narrativa oferecida pelo transtorno, a qual confere um sentido (individual e biológico) para os conflitos vivenciados pela pessoa diagnosticada, antes culpada também individualmente por suas falhas. A autora afirma que isto é justamente o que pretende a biopsiquiatria do TDAH. Citando Barkley, um dos psiquiatras que mais influenciou os estudos sobre o referido diagnóstico, explica que: “[...] o dever da ciência neuropsiquiátrica do TDAH é transformar o julgamento moral ao qual, durante séculos, os indivíduos com TDAH foram submetidos” (CALIMAN, 2013, p. 115).

A coordenadora do SCDC mostrou-se consoante com essa linha de pensamento, posicionando-se também a favor da importância do laudo e apresentando-nos alguns fatores adicionais. Ela argumenta:

[...] é necessário que o TDAH realmente seja aceito e que haja um interesse no sentido de oferecer um atendimento adequado pra essas crianças. Porque, apesar dessas crianças com uma capacidade realmente de aprender – porque elas não têm deficiência intelectual –, mas são crianças que podem enfrentar muitas dificuldades e sofrerem situações que podem prejudicar todo o futuro dessa criança. Que ela é vista como uma criança diferente. Ela é uma criança que ela não tá, digamos, não tá tendo prejuízo só da sua aprendizagem, mas ela é tida como uma criança que ela perturba a aprendizagem de outras crianças. [...] em vez d’a escola oferecer pra essa criança algo que possa facilitar a dificuldade que ela tem pra se manter sentada ou pra se manter concentrada ou ter atenção suficiente pra poder aprender, isso tudo é retirado dela, porque ela não é vista como uma criança que realmente tenha um problema.

Lobo (2015b) ajuda-nos a pensar esta afirmação, ao comentar a construção da figura da criança anormal como categoria nas escolas, em um momento no qual defendia-se a segregação dos desviantes em espaços diferenciados de ensino e/ou tratamento, a fim de evitar perturbações à ordem da escola, que admitia apenas as crianças por ela idealizadas. A autora explica que, no espaço escolar, encontravam-se figuras intermediárias entre a normalidade e o desvio, o que dificultava sua identificação e separação: “Perigosa invisibilidade desses seres intermediários que, misturados nas escolas regulares, espalhavam a desordem e a indisciplina e impossibilitavam qualquer trabalho pedagógico” (LOBO, 2015b, p. 366). Nesse contexto, dizia-se que existiam os anormais de inteligência e os anormais morais, de modo que poderíamos enquadrar os chamados casos de déficit de atenção e hiperatividade nesse último grupo, que é mais difuso e acomoda classificações fronteiriças entre o normal e o patológico.

No cenário contemporâneo, como podemos notar a partir da fala da coordenadora do SCDC, os sintomas do TDAH não remetem forçosamente a uma condição concreta que justifique atendimento especializado. De acordo com Caliman (2010), o TDAH é um diagnóstico guarda-chuva, que aglutina uma “plethora de sintomas” extremamente diversos, nomeando, com isso, “apresentações clínicas” muito variadas sob uma mesma legenda. Sobre essa categoria ampla, contraditória e limítrofe, diz-se, por outro lado, que o mau julgamento é frequente, inclusive alertando-se para a quantidade de casos não diagnosticados, o que faria do TDAH um transtorno subtratado no Brasil (MATTOS; POLANCZYCK; ROHDE, 2012). Diante disso, o laudo entra em jogo como uma ferramenta imprescindível, uma espécie de prova a partir da qual a dificuldade da criança passa a ser encarada como uma limitação real e digna de atenção.

Existe, portanto, a defesa dessa via burocrática de aceitação e assistência, possível graças à desculpabilização moral da pessoa cujos comportamentos de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade são considerados inconvenientes e/ou desviantes, no contexto de relações em que está inserida. Assim, o acesso ao cuidado, ao atendimento educacional adequado, enfim, ao respeito e garantia de direitos funciona com base na patologização de comportamentos tomados como desvio individual que, antes do laudo, seriam identificados como má índole.

Caliman (2010) demonstra, nesse sentido, que a história oficial do TDAH pode ser tomada como um ícone do processo de “cerebralização” da moral e da vontade, o qual se faz fortemente presente na fundamentação científica do transtorno. A autora remonta a sua construção como fato sócio-médico, salientando que, além das supostas provas científicas que indicariam existência do TDAH como condição neurológica, operou-se a patologização da moral como chave de aceitação da “descoberta” diante da comunidade. Ao historicizar a relação entre a legitimação do transtorno e o contexto social e político em que o mesmo emerge, ela argumenta que:

No caso específico do TDAH, não são apenas testes cognitivos e neurológicos que legitimam ou não a existência da patologia, mas a avaliação da qualidade de vida do indivíduo e do risco de sua ameaça. Mas o que é esta qualidade de vida? Como ela é avaliada? No discurso do TDAH, a avaliação da qualidade de vida está baseada na manutenção da ordem familiar, da eficiência acadêmica e profissional, do enquadramento do indivíduo nas políticas liberais da segurança, da prevenção e da prudência (CALIMAN, 2009, p. 141).

Ou seja, o contexto liberal em que já se organizavam as sociedades ocidentais no final do século XIX e início do século XX permitiu que se criasse uma classificação nosológica a serviço da manutenção da ordem social então almejada. Sobre isso, a autora comenta ainda a

vinculação do transtorno à ideia, que acompanha a mesma racionalidade, de que os indivíduos cujos comportamentos correspondem aos sintomas do TDAH “expõem” a riscos a sociedade em que estão inseridos. Um dos riscos associados ao transtorno, por exemplo, seria o envolvimento em acidentes automobilísticos, que teria por consequência o ônus de outrem ou público. Outro risco seria o desenvolvimento de dificuldades de aprendizagem e no desempenho escolar, que, conforme se enuncia, afetam – ou deveriam afetar – a vida familiar e pessoal. Esses riscos são então colocados em termos de perigos à saúde individual e social, na forma de estatísticas e índices de qualidade de vida, de modo que as pessoas a eles associadas não devem ser consideradas culpáveis; em vez disso, merecem atenção e compensações. Nota-se, pois, a redenção moral, a legitimação de um transtorno, a produção de bioidentidades e biocidadanias e o encadeamento de cuidados a essa pessoa, como encomenda consequente.

Se partirmos a uma análise ampliada a respeito dessa cadeia, devemos considerar alguns fatores. Primeiramente, o TDAH é um, entre diversos diagnósticos que se produzem fundamentados na mesma dinâmica e racionalidade, em nosso tempo. Se nos detivermos apenas no circuito escola-serviços de saúde, já teremos uma gama substancial de “transtornos” e “déficits” incorporados no jargão cotidiano, tais como dislexia, discalculia, entre outros transtornos de aprendizagem, assim como transtornos de conduta, TOD e outros, chamados transtornos de comportamento. Se extrapolarmos esse cerco, notaremos que dispomos de classificações nosológicas para quase cada tipo de desvio possível do comportamento ou desempenho humano na vida contemporânea, em relação ao que é considerado normal. As relações cotidianas, sejam públicas, sejam privadas, estão de alguma maneira implicadas em uma racionalidade cuja referência é o corpo, seu funcionamento biológico e seu estatuto passível de explicação médico-científica. Isto é, os processos aqui descritos compõem uma sociedade profundamente medicalizada, na qual o anormal figura o lugar de fantasma de todos nós e, ao mesmo tempo, cada vez mais se tenta absorvê-lo nas malhas produtivas por meio de sua normalização.

Em Foucault (2014a), vemos que esse processo de medicalização das sociedades ocidentais, ao mesmo tempo que constitui um alastramento do campo de jurisdição médica sobre o corpo social, diz respeito também à emergência, entre os séculos XVIII e XIX, desse corpo como população e de políticas de saúde pautadas em outros saberes, tais como a estatística e o urbanismo. Segundo o autor, tal movimento se relaciona à crescente necessidade de se gerir e otimizar a saúde dessa população, na condição de “força de trabalho”, com suas características biológicas cada vez mais sob controle. A família também passa, nesse momento,

por diversas transformações, tornando-se importante meio de governo. Tais rupturas teriam dado amplitude à chamada “nosopolítica” (FOUCAULT, 2014a), caracterizada pela tomada das doenças como problema político e econômico, o que se desdobra em uma crescente entrada da vida no poder.

Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Castel (1987) acrescenta que, ao serem vinculados os saberes médico-psicológicos aos mecanismos estatais de controle, a vigilância e o exame tendem a formar perfis de deficiências, a prevenção é tomada como tática economicamente mais vantajosa e a categoria risco passa a ser balizadora fundamental das relações de classificação e codificação de populações. O risco, nesse contexto, ao ser minimamente anunciado, atrai os holofotes da vigilância pelos especialismos, que se ocuparão de estudá-lo e evitar seu desdobramento em desvio concreto.

Sendo assim, no momento em que se admite essa nosopolítica refletida, caracterizado por amplas transformações sociais, políticas e econômicas, a vida se regula por meio da vigilância – polícia – dos fluxos econômicos, da produtividade individual, da ordem pública e dentro das famílias, de minuciosas normas de higiene, enfim, do controle direto e contínuo, seja no âmbito individual, seja no âmbito coletivo.

Foucault (2005) argumenta ainda que a tomada da vida pelo poder inverte a lógica soberana segundo a qual se fazia morrer e se deixava viver. Nessa trama biopolítica que se constitui desde o século XIX, em uma ordem de liberalismo econômico, tem-se como cerne investimentos na população que visam otimizar a vida e geri-la de modo conveniente para as engrenagens produtivas que se erguiam e possibilitavam esse deslocamento das práticas, discursivas e não discursivas. Costuradas transversalmente por um elemento denominado “norma”, essas tecnologias de poder articulam-se como mecanismos de controle e constituem o que Foucault (2005) chamou de sociedade de normalização.

Ewald (2000) propõe uma discussão sobre a norma, a partir da qual a caracteriza não como quadro estático no qual devem ser engessados as práticas e os corpos, mas como variação produzida a partir de limites e limiares oriundos das exigências que a sociedade coloca ao seu “homem médio”. A norma seria, ainda, uma maneira de produzir a medida comum, em vez de ser do comum que se produz a norma. Neste sentido, são produzidas as demarcações de normal e desviante, o que se desdobra em sadio e patológico, no registro dos saberes médico-psicológicos em torno do desenvolvimento infantil.

Canguilhem (2009) afirma, por sua vez, que não foi a partir da norma que se fundou o desviante ou anormal, mas, pelo contrário, foi o interesse pelo estudo do anormal que produziu e delimitou o espectro tomado por norma. Neste sentido, Foucault (2014a) aponta que historicamente a norma se produz como ferramenta de controle e higiene de uma população que crescia em um cenário político e econômico que se reconfigurava, tomando-se o estudo da pobreza, dos ditos degenerados e vagabundos, entre outras formas consideradas “pesos” para a sociedade, como desvios que deveriam ser normalizados.

Em se tratando do contexto biopolítico neoliberal no qual estamos inseridos/as, a medicina e os outros especialismos que se ocupam de produzir a norma entram em trânsito como saberes-poderes habilitados para a produção e utilização de tecnologias disciplinares, tais como o exame, a fim de transformar o/a desviante em um caso documentado e, produzindo conhecimento sobre o mesmo, lançar mão de medidas normalizadoras (FOUCAULT, 2014b). O sistema de direitos no qual ela atua, por sua vez, regulamenta biopoliticamente o espectro de poderes que serão permitidos a essa população esquadrihada de desviantes, definida por seus marcadores patológicos e implicada, por conseguinte, em prescrições específicas para sua subjetivação, aliada também ao seu perfil de consumo. Desta forma: “[...] constituiu-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento [...]” (FOUCAULT, 2014a, p. 310). Em outras palavras, conforme comentam Faraone e Bianchi (2013, p. 102): “[...] a medicina já não se ocupa de combater a doença, mas de fazer viver de determinada maneira” (tradução livre).

Com efeito, esse saber normativo, amparado na inconsistente definição de transtornos mentais, abrange questões de comportamento e conduta, conflitos no processo ensino-aprendizagem, os quais se apresentam como obstáculos à ordem, à economia e ao ideal de saúde conveniente aos contornos normativos, definindo-os, por isso, nos limites de categorias nosológicas e diretrizes diagnósticas, como manifestações patológicas, bem como apontando os tratamentos mais eficientes para restaurar condutas consideradas desviantes. O anormal ou desviante ocupa nesse cenário o lugar de bode expiatório no qual incide a infâmia, porque se apresenta resistente às prescrições do bom viver, e, com isso, é impelido a se reconduzir à normalidade por meio de compensações, tais como medicamentos e medidas especiais para inclusão social.

Em um sentido análogo, o SCDC emerge como via de fazer conhecer essa população de anormais – pobres, deficientes –, para o estudo e o controle dos riscos implicados em sua

condição, entendendo-se que a vigilância e a avaliação da pessoa em desenvolvimento constituem medida estratégica para o cumprimento desse controle de modo a reconduzir esse público ao curso normal e desejável do desenvolvimento humano. No “Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI”, o qual se vincula intimamente às premissas que sustentam a fundação do serviço, vemos que tais objetivos se amparam em um conceito evolucionista do desenvolvimento humano e na noção de capital social, os quais justificam a positividade de tamanho controle, apontando para o fornecimento de oportunidades a quem sofre com as limitações de uma deficiência (FIGUEIRAS; SOUZA; RIOS; BENGUIGUI, 2005), noção esta que, como vimos, ao mesmo tempo em que inclui limitações ocasionadas por moléstias sociais, tem por efeito naturalizá-las como déficits de indivíduos.

Podemos dizer, portanto, que a entrada da vida no campo do poder forja populações, corpos e sujeitos explicados a partir de sua existência orgânica e os aloca, assim, em circuitos específicos de consumo e produtividade. Tal investimento na vida produziu, ainda, a estruturação de uma assistência pública e gratuita, encarregada de controlar as chagas e mazelas da pobreza, cujos “excessos” e “carências” passam a ser tidos como indesejáveis nessa conjuntura. A partir disso, como pudemos observar, forjam-se sujeitos modernos de direito, que, contemporaneamente, articulam-se por meio de suas biocidadanias e bioidentidades: novas facetas da medicalização da vida.

Também se pode considerar que, desde que se insere uma pessoa na rede de saúde com queixa referente a um transtorno mental, já ocorre impacto na sua forma de viver. Ao ser dado o diagnóstico, por tudo o que foi discutido anteriormente, essa vida passa então a ser produzida de outra maneira, perpassada pela noção de que a falta de atenção e o excesso de atividade patológicas são elementos que a constituem e que seguirão colados a ela sem chances de cura, apenas de compensação. Além disso, tornam-se mais saturadas as constantes práticas disciplinares e prescritivas que sustentam essa maneira de subjetivação, em meio a uma teia tutelar que envolve acompanhamento regular e um conjunto de terapias, medicamentosas ou não. Temos, portanto, como efeito da produção do transtorno, a intensa institucionalização – tanto no sentido da inserção em uma instituição como o hospital, quanto no sentido da categorização em uma classificação nosológica oriunda da instituição médica, que insere a pessoa diagnosticada nos “circuitos da deficiência” (CASTEL, 1987).

Diante dessa trama de implicações do laudo com seus efeitos de produção de cidadania e de modos de viver para as pessoas diagnosticadas, considero que os compromissos desse documento, bem como as nuances institucionalizadoras do seu processo produtivo, induzem à

necessidade do diagnóstico e constituem pilar sustentador do processo diagnóstico de TDAH no SCDC. A escola, que precisa de um nome para dar ao “não-aprender”; o benefício, que depende do papel assinado e carimbado; a aceitação das dificuldades da pessoa, que está subordinada a um atestado especializado; enfim, são processos que sustentam a linha produtiva do TDAH, por mais controversa que a categoria seja.

Em seguida, explorarei mais um aspecto vinculado à produção do diagnóstico que, além de ser um efeito, acredito estar intimamente relacionado à sua sustentação como categoria legitimada: a produção de mercados para terapias e para o consumo de medicamentos, que – como no processo de institucionalização pela captura dos desvios representados pelo TDAH dentro de mais uma malha institucional de vigilância – também visa à normalização de corpos e condutas.

4.2 Da institucionalização a outras drogas: tensionamentos acerca dos tratamentos oferecidos ao TDAH

Como já pude destacar, desde que apresentei o problema de pesquisa, a emergência do TDAH como categoria médica de transtorno mental teve como condição importante o financiamento de estudos e publicações pela indústria farmacêutica. Também já frisei que essa classificação nosológica vem sendo continuamente legitimada e ampliada, de modo que cada vez mais públicos possam figurar o lugar de potenciais consumidores de fármacos, estendendo-se também como consumidores de consultas, cursos, orientações e terapias diversas. Vimos inclusive que, no SCDC, os critérios diagnósticos têm fundamentação direta nas publicações oriundas desse mesmo circuito.

Como um dos efeitos da produção e expansão do transtorno, temos o avanço de propostas terapêuticas para tratá-lo, as quais formam um campo diverso e heterogêneo de alternativas, embora haja marcante participação do consumo de fármacos entre as medidas terapêuticas. Breinis (2014) e Rohde e cols. (2000) afirmam que o tratamento do TDAH deve ter uma abordagem múltipla, operando intervenções psicossociais, educacionais e farmacológicas, bem como concordam que a intervenção medicamentosa mais eficaz consiste no uso de psicoestimulantes.

A estratégia medicamentosa ganha importante destaque na literatura crítica do TDAH, por ser frequentemente eleita como recurso central na resolução dos problemas a ele associados. Embora Mattos, Polanczyck e Rohde (2012) afirmem que o TDAH é subtratado no Brasil, este país já é o segundo maior consumidor mundial do cloridato de metilfenidato, que é o

psicoestimulante mais prescrito e consumido para o tratamento do transtorno. Calazans, Guerra, Kyrillos Neto, Pontes e Resende (2012) relatam um aumento exacerbado no consumo do referido medicamento, indicando-o como efeito do aumento do número de casos de TDAH, com as revisões dos DSMs. Os autores caracterizam esse aumento como epidêmico, chamando atenção para a criação de novas epidemias psíquicas. Tal como Eisenberg (2007), podemos questionar se esse número crescente de diagnósticos deve ser realmente entendido como representativo de uma epidemia do transtorno ou se não seria o caso de uma epidemia de diagnósticos.

O uso de medicamentos psicotrópicos na infância é cada vez mais frequente e naturalizado, expandido a reboque da especulação e disseminação de novos transtornos. Essa prática se ampara em uma conjuntura, que, como já explicitarei, oferece condições de sustentação e viabiliza justificar a medicalização da infância, pela premissa de que a devemos proteger e otimizar, como período frágil e, ao mesmo tempo, privilegiado para o desenvolvimento humano.

Atualmente, o cloridato de metilfenidato é um dos medicamentos psicoativos mais utilizados na infância, comumente sendo indicado para tratar sintomas de pessoas diagnosticadas com TDAH (BRASIL; BELISÁRIO FILHO, 2000). Esse fármaco é da família das anfetaminas e tem ação psicoestimulante. Boarini e Borges (2009) alertam para o conjunto dos efeitos colaterais decorrentes do uso de estimulantes com a finalidade de tratar déficit de atenção e hiperatividade, entre os quais destacam perda de apetite e diminuição do crescimento, extremamente nocivas ao desenvolvimento infantil, mas subdimensionadas em nome do controle de sintomas. As autoras, ao apresentarem seus estudos de caso de crianças diagnosticadas, também acrescentam que, mesmo tendo eficiência em controlar a agitação das crianças escolares, o medicamento não garante melhoria no aprendizado, apontando para maior efetividade de outras estratégias, tais como esforços pedagógicos, quando empreendidos para trabalhar as dificuldades de aprendizagem que caracterizavam a queixa escolar e levaram ao diagnóstico.

Itaborahy e Ortega (2013) realizaram um estudo sobre dez anos de publicações acerca do metilfenidato e apresentaram também alguns efeitos colaterais do uso desse medicamento, relatados nessas publicações. Entre os mais frequentes, estão: dor de cabeça, redução do apetite e conseqüente perda de peso, insônia, dores abdominais e redução do crescimento. Entre os efeitos menos frequentes, elencam: dependência, aumento da irritabilidade em pacientes com TDAH, depressão e melancolia, piora dos sintomas de hiperatividade, náusea, taquicardia, risco

de doenças cardiovasculares e hipertensão, aumento da ansiedade, potencial de abuso, prejuízo à região frontal do cérebro e, finalmente, dependência psicológica. Alguns desses efeitos são relatados logo ao ser iniciado o uso do fármaco, enquanto outros são percebidos nos casos de uso crônico do medicamento.

Além dos estimulantes, outras categorias de substâncias psicoativas são utilizadas para tratar o TDAH. Breinis (2014) afirma que, nas recomendações sobre o uso de fármacos para o tratamento do quadro, os antidepressivos são a segunda opção, caso os psicoestimulantes não apresentem os efeitos desejados, seguidos de medicamentos anti-hipertensivos e outros.

Brasil e Belisário Filho (2000) apresentam algumas considerações sobre o uso de antidepressivos e alguns de seus efeitos colaterais. Entre os antidepressivos, os autores destacam os tipos tricíclicos (ADT) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Os efeitos colaterais mais comuns, decorrentes do uso de ADT por crianças, são: boca seca, diplopia, constipação, sedação, tontura, náusea, insônia, ganho ou perda de peso, tremores de extremidades e palpitações. Também existem relatos de irritabilidade e inquietação, bem como taquicardia, alterações e reações sanguíneas e maior suscetibilidade a convulsões (BRASIL; BELISÁRIO FILHO, 2000). Sobre os ISRS, os autores apontam os efeitos colaterais mais conhecidos na população jovem, entre os quais estão: cefaleia, náusea, anorexia, dor abdominal, tontura, sonolência, insônia, nervosismo, ansiedade, inquietação motora, sudoração excessiva e urticária. Em adição, apontam para relatos, tanto em adultos quanto em crianças de crises convulsivas, reações de mania em adolescentes, desinibição psicomotora e reações adversas de sangramentos espontâneos.

Ainda sobre uso de antidepressivos, Scivoletto e Tarelho (2002) defendem que os ISRS devem ser os antidepressivos de primeira escolha, enquanto os ADT devem ser utilizados em apenas alguns casos, em virtude de critérios de segurança, toxicidade e efeitos colaterais. Sobre isso, afirmam que os ADT apresentam risco de cardiotoxicidade e relatos de morte súbita, requerendo monitoramento cuidadoso. Sobre os ISRS, afirmam que os efeitos colaterais mais frequentes são problemas gastrointestinais, náusea e distúrbios do sono.

O uso de antipsicóticos, tais como haloperidol, pimozide e risperidona, por sua vez, é comumente recomendado para diferentes tipos de demandas, sendo empregados para uma gama maior de sintomas no público infanto-juvenil, quando comparado ao público adulto, e indicado para casos de TDAH, além de transtornos do sono e casos de auto-lesão, agressividade ou irritabilidade (BRASIL; BELISÁRIO FILHO, 2000). Os autores afirmam que as reações adversas mais comumente relacionadas a esse tipo de medicamentos são efeitos neurológicos,

tais como sedação, *dellirium* e convulsão, bem como cardiológicos, como, por exemplo, hipotensão e alterações no eletrocardiograma. Também apontam para efeitos de irritabilidade e disforia, ou tristeza, como efeitos que podem aparecer enquanto o fármaco estiver em uso.

No SCDC, é possível observar, em prontuários de usuários/as associados/as ao TDAH, além do registro de prescrição de psicoestimulantes, como o cloridato de metilfenidato, a indicação do uso de estabilizadores de humor, como a carbamazepina. Sobre os estabilizadores de humor, Brasil e Belisário Filho (2000) comentam efeitos colaterais do uso da carbamazepina ou do valproato de sódio. Segundo os autores, esses fármacos não são aprovados, nos Estados Unidos, pela Food and Drug Administration (FDA), em virtude de seus efeitos adversos. Entre esses efeitos, destacam: leucopenia, plaquetopenia e mais raramente anemia aplástica. O valproato de sódio é caracterizado como hepatotóxico, especialmente para crianças mais jovens e, em mulheres é associado a obesidade e a ovário policístico.

Ora, isto que está sendo relatado sinaliza que alguns fármacos podem apresentar o efeito paradoxal de acentuar os sintomas contra os quais deveriam atuar. Existe uma gama notável de fatores patológicos que surgem em função do uso de alguns medicamentos psicotrópicos. Em alguns casos, o aparecimento desses efeitos motiva a suspensão do medicamento, mas, em outros, leva ao consumo combinado de outros fármacos a fim de controlá-los. Isto sem contar os numerosos casos de associações de diagnósticos, os quais levam também à combinação de fármacos. Desse modo, perde-se de vista o ponto que distingue quando o medicamento traz benefícios ao usuário de quando ele mesmo produz a doença. Diante disso, insurge o questionamento: se há tantos efeitos adversos nocivos às crianças e inclusive prejudiciais ao seu desenvolvimento, por que tantas pesquisas permanecem sinalizando exacerbado crescimento nas prescrições de tais medicamentos para esse público?

Como expressão desse paradoxo, trago um embate entre forças favoráveis e desfavoráveis às terapias medicamentosas para o tratamento do TDAH, no SCDC, que tivemos a oportunidade de presenciar durante a entrevista em grupo. Embora saiba que a prescrição de fármacos é notoriamente uma via de tratamento ao transtorno oferecida no serviço, observo que a crítica aos excessos na prescrição de fármacos tem lugar no discurso de algumas profissionais que nele atuam, de modo a gerar certa polêmica diante da questão. Vejamos como isto se manifestou durante a entrevista em grupo, quando falávamos sobre os tratamentos indicados no serviço ao/à usuário/a com diagnóstico de TDAH, infelizmente sem podermos contar mais com a presença da neurologista, que precisou sair antes do término da atividade. Primeiramente, a coordenadora do SCDC se posicionou da seguinte maneira:

Olha, ele [o uso prescrito do medicamento] sempre vai tá vinculado a quais são as repercussões efetivas que isso atingiu nessa vida dessa criança. Então, qual foi o nível de prejuízo que ela possa estar tendo, dentro do convívio familiar, dentro da escola e se ela já faz alguma terapia ou não. Porque, se eles já chegam dizendo que ela já está há um ano fazendo terapia ocupacional, acompanhamento com psicólogo e nada é contornado, [...] ela melhorou, mas continua com grande prejuízo na escola, uma grande dificuldade em todos os ambientes onde ela vai, ninguém quer ficar com essa criança...enfim, dependendo dessas repercussões, aí nós particularmente não prescrevemos a medicação, nós encaminhamos pra uma avaliação ou do neuropediatra ou de um psiquiatra pra que eles possam tá conduzindo essa parte medicamentosa mais específica.

Em seguida, a pediatra do serviço complementa a mesma linha de raciocínio, rendendo créditos a alternativas não medicamentosas para o tratamento do TDAH:

Até porque a gente nota grande melhora com as psicoterapias bem realizadas. E quando as pessoas trabalham em conjunto, principalmente se há um espaço pra discussão dos casos, pra que as terapias, os testes, eles se complementem. Só casos extremos, mas, em geral, quem faz essa parte de prescrição são os psiquiatras e os neurologistas. Às vezes, a gente pede até que a criança faça avaliação com os dois profissionais, pra que eles definam a medicação mais adequada ou até a associação de drogas, se for o caso, pra complementar esse tratamento. Mas o TDAH, até por ele não ter um problema de fundo neurológico [...] e não ter uma deficiência cognitiva real – ele tem esse distúrbio –, muitas vezes, só com a psicoterapia, só com o acompanhamento multiprofissional, os resultados são muito bons, [e] também com a questão do engajamento familiar.

O que se nota, portanto, é uma defesa de outras vias terapêuticas e, ao mesmo tempo, a declaração dessas profissionais de que não são elas que irão prescrever esses medicamentos, caso sejam considerados necessários – de certa forma, isentam-se da responsabilidade por prescrições indevidas e abusivas. Nota-se também uma cautela ao tratar do assunto, o que me soou como um arranjo do discurso construído já em sua relação com argumentos críticos ao excesso de farmacologização da infância.

Surpreendentemente, a psicóloga do serviço foi quem se posicionou, na ocasião, de forma mais veemente a favor do uso de medicamentos, em especial o cloridato de metilfenidato:

Eu vou falar sobre a medicação – até porque eu andei testando a medicação. Eu sou super fã da Ritalina, tá – apesar de não gostar da estendida. Deixa eu dizer uma coisa pra vocês: o gasto de um TDAH pra se concentrar é gigantesco. Não tem terapia que faça isso. Essa história de terapia [...] eu tenho discutido o seguinte: as pessoas dizem assim: “Ah, mando pro psicólogo que resolve”. Eu escutei de uma TDAH a seguinte frase: “Olha, mana, tu vai me desculpar, mas esse negócio de psicólogo não resolve nada, eu passei a minha infância toda no psicólogo e não resolveu nada”. E aí eu comecei a pensar sobre isso.

Notemos que a psicóloga fala do lugar de quem faz uso do medicamento e se autoriza a defender o assunto como portadora de TDAH. Essa sua fala provocou tensionamento e trouxe à tona a polêmica a respeito do uso de medicamentos – neste caso, tarja preta – na infância. Ela afirma, como quem vive a responsabilização individual pelos problemas que envolvem a atribuição do transtorno: “Nem tudo é terapêutico. E, às vezes, o ser humano não dá conta”. Mais adiante na entrevista, e também na ligação telefônica que a sucedeu, a psicóloga complementou o seu discurso afirmando que o uso do medicamento tem suas desvantagens, mas que, ao ser acompanhado por um/a médico/a, é seguro e vale a pena, por auxiliar no engajamento normal, e menos sofrido, às exigências das atividades cotidianas.

A psicóloga também expôs uma ocorrência que nos faz ver a presença do discurso crítico quanto ao uso dos medicamentos e seus efeitos na forma com que as profissionais entrevistadas se posicionaram sobre o assunto. Ela relatou que costuma debater a questão com suas estagiárias, as quais criticam o uso do remédio e, segundo ela, expressam isto de maneira implícita na lida com os usuários/as atendidos/as pelo serviço de psicologia. Argumentou então que, por vezes, a atitude de reprovar o medicamento *a priori* transparece desconfiança ao/a usuário/a ou seu/sua responsável e que isto poderia favorecer a não adesão ao tratamento. Apesar de o teor dessa justificativa naturalizar o papel de obediência do/a paciente e o poder do/a médico para dirigir o processo de tratamento, o argumento da psicóloga ressalta também maior efetividade do uso do medicamento em relação a outras terapias, contrapondo a afirmação das médicas sobre a efetividade das mesmas e promovendo um tensionamento que ampliou a discussão.

Em resposta, a coordenadora do SCDC diz:

Eu acho que, não só pra situação do TDAH, mas todas as outras condições clínicas, eu acho que a gente tem que lançar mão do tratamento medicamentoso, quando ele realmente for necessário. Às vezes só algumas medidas de orientação elas são capazes de auxiliar aquele paciente, no sentido de transpor todo o seu quadro clínico. Todas as repercussões, os seus problemas, um determinado problema de saúde que ele tá enfrentando.

A pediatra, então, complementa essa argumentação:

Eu não sou contra medicamento. Eu vejo, como a [coordenadora do SCDC] falou: sendo bem indicado, perfeito. Tem casos que realmente é fundamental e necessário. É avaliar paciente a paciente pra tomar essa decisão. Se há ou não real necessidade. Porque são drogas, psicoativas, que mexem com a química cerebral e que não devem ser administradas, no meu entendimento, por profissionais que não tenham experiências com essas drogas e que não tenham uma segurança no manuseio dessas drogas, sob pena de gerarem efeitos colaterais, de gerarem prejuízo nos pacientes. E, se tratando de crianças, a nossa responsabilidade aumenta muito mais, porque você tá indicando pra um paciente que, muitas vezes, não vai saber dizer o que ele tá

sentindo e que não vai conseguir explicitar às vezes o quanto aquela droga pode estar interferindo de alguma forma negativa na vida dele. E se você tem, por exemplo, o que a gente tem muito aqui, pais com uma escolarização baixa e também com uma dificuldade de perceber que determinada alteração tá acontecendo e pode estar relacionada com a medicação, aí as coisas podem ficar muito difíceis.

Fala-se, portanto, de um cuidado quanto aos efeitos nocivos que podem surgir em decorrência da prática de prescrever medicamentos, tanto porque eles podem ser muito prejudiciais, especialmente em se tratando de pessoas em desenvolvimento, quanto porque os/as responsáveis por acompanhar esses efeitos são considerados/as menos aptos a fazê-lo por sua baixa escolaridade e por mal entendidos frequentes no que diz respeito às orientações para o uso e ao voluntarismo desses/as cuidadores, como argumenta a pediatra:

O [cuidador do] paciente, por desconhecimento, ou porque ele deu um dia, dois, uma semana e ele achou que piorou, ou que não funcionou, ou porque a vizinha do lado disse que aquilo vicia, ele simplesmente suspende a droga. Ou então situações assim: ‘não, eu vi que ele tava muito agitado, eu dei logo três d’uma vez! Aí ele passou mal, teve não sei o quê, foi pra urgência.

A servidora também relata que frequentemente se depara com as seguintes perguntas, que pesam no processo: “Doutora, por que tem que tomar remédio?”, “Doutora, ele vai tomar remédio a vida inteira?”, “Por quanto tempo ele vai tomar remédio?”, “Doutora, ele vai ficar viciado?”, “Quer dizer que, se eu deixar de dar um dia, ele vai voltar, regredir o que ele já conseguiu melhorar?”, “Ele vai ficar mais agressivo? Como é que funciona isso?”.

A resistência da população atendida à prescrição medicamentosa é, portanto, outro elemento que aparece relacionado a essa cautela quanto ao uso dos medicamentos, tanto por representar o risco de que os efeitos nocivos do remédio saiam do controle, quanto por, em resposta a essa resistência, serem pensadas alternativas não medicamentosas para o tratamento, apaziguando as tensões trazidas pelos/as cuidadores/as e/ou de seus/suas pacientes e facilitando a adesão ao tratamento.

O que destaca, a partir desse pequeno recorte de uma discussão viva no serviço, é a complexidade envolvida no planejamento e na condução de um projeto terapêutico para o público atendido no SCDC. As dificuldades econômicas e sociais que atravessam essa clientela e suas resistências impõem desafios ao serviço e, por isso, as formas de pensar esse tratamento mostram-se razoavelmente flexíveis. Por outro lado, é também corrente o pensamento de que o controle de profissionais especializados/as deve ser maximizado em relação à população atendida, conquistando-se a adesão às prescrições do serviço, porque se entende que ela não sabe analisar com perícia os efeitos do suposto transtorno e de seus tratamentos.

Deste modo, mantém-se a premissa de que o cuidado deve ser supervisionado por especialistas e vemos cumprir-se prontamente a produção de mais consumo de terapêuticas que incidem sobre indivíduos/as, a partir de demandas de diversas origens, circuito produzido e sustentado na nossa sociedade.

5 O TDAH DÁ EM TUDO O QUE SE MEXE: por uma síntese cartográfica

Certa vez, perguntaram-me o que, para mim, era o TDAH. Eu, na ocasião, apenas disse que era um conjunto de comportamentos e outras ocorrências que convencionamos chamar de transtorno, mas que não saberia dizer nada mais além disso. É que eu não poderia responder a tal pergunta, mas gostaria de encontrar respostas para uma outra: por que chamamos e tratamos como TDAH esse conjunto de acontecimentos? O que nos leva a isto?

Ao longo desta dissertação, busquei encadear o que penso evidenciar as linhas de constituição, “a muitas mãos”, do que emerge como diagnóstico de TDAH no SCDC. Partindo de uma inquietação crescente ao longo do tempo, de uma perspectiva crítica da medicalização da vida e de uma posição indefinida sobre o que seria afinal o TDAH – porque não havia mesmo como conceitua-lo de forma simples e coesa –, debruicei-me em uma análise cheia de tentáculos, becos, caminhos. Caminhar por entre as linhas dessa trama foi instigante e prazeroso, um trânsito entre o tensionamento e o cuidado, oscilação entre a luta e a renovação pelo encontro com iguais na diferença.

Vimos que o TDAH não é uma mera categoria diagnóstica desde que notamos a sua vocação para o dissenso. Categoria esta que mexe e escancara os limiares entre liberdade e controle, abusa da norma como produtora do normal, mostrando-se rasa, confusa e aliada a determinados discursos hegemônicos, os quais culminam na produção de uma moral da contensão, da docilidade e da produtividade “a-serviço-de-quem?”. E mais: alia-se às lucrativas tecnologias de controle bioquímico dos corpos oferecidas pela indústria farmacêutica.

No SCDC, pude analisar que os procedimentos e critérios diagnósticos referenciam-se fortemente na narrativa oficial que funda o TDAH com base nas mesmas premissas individualizantes, no seio de uma racionalidade meritocrática e medicalizada. Suas linhas produtivas, no entanto, misturam-se aos processos que marcam muito forte e singularmente o serviço: a vigilância e a avaliação do desenvolvimento infantil, que envolve a investigação de uma série de síndromes, mutações genéticas, acidentes, lesões, malformações e disfunções. Sua manufatura toma a forma das mãos de cada estrutura do serviço, sejam seus protocolos duros, seja sua equipe medicocentrada, seja sua miscigenação com outras categorias diagnósticas. O TDAH é, no SCDC, um mestiço, gerado pelo cruzamento desses atravessamentos, costurados por uma perspectiva organicista e vinculada ao controle dos riscos que incidem sobre o desenvolvimento humano.

O TDAH é uma categoria do risco, desde que sua história se atravessa com os cálculos do risco social da improdutividade, da indisciplina e do atraso na escalada de acumulações de habilidades e competências individuais. Desde que se põe a serviço da produção de capital humano e social, capaz de converter deficiências, incorporando-as novamente nos ciclos fecundos do mercado de trabalho e do consumo.

Por conseguinte, é também uma categoria da inclusão social e, mais especificamente, da inclusão nas escolas, espaço onde curiosamente ainda se clama por disciplina, quietude e controle, mesmo que vivamos em um mundo de informações e estímulos avassaladoramente hiperativado, hiperconectado e extremamente avesso à atenção concentrada. Essa inclusão, entretanto, poderia ser colocada tranquilamente como uma ironia, visto que o laudo, embora se prometa sinônimo de abertura para muitas portas, vem fazendo sua operacionalidade vingar por meio da segregação, das condições especiais, das exigências menos pesadas e, assim, da criação de um circuito paralelo onde habitarão essas pessoas “laudadas”, que, por mais que convivam com as outras pessoas como iguais, carregam a marca da necessidade de compensação em relação a uma norma.

Expus por meio de que trânsitos e interferências essas pessoas ganham tal marca, atentando para os fluxos, conexões e negociações que se entrelaçam na construção do objeto TDAH, seja ele o seu foco principal, seja como tímido adjunto de outra condição patológica considerada mais grave. Apontei ainda as hierarquias presentes nessa rede, não como uma via estanque de mandatários e mandados, mas como um campo de tensionamentos e também de cooperação entre pontos diferentes de um esquema hierárquico transversal, tal como pude observar nas relações entre médicas e outros profissionais do serviço; entre profissionais clínicos e profissionais da educação; e entre esses representantes da “ajuda profissional” e o público atendido no SCDC.

Um pouco mais adentro do emaranhado das raízes que constituem o TDAH, atinei que, entre os ramos mais firmes, estão justamente os efeitos desse laudo e seu impactante conjunto de subprodutos: articula identidades, produz modos de viver, desencadeia nichos para postar essa vida, incluindo-se, entre eles, mercados para o consumo de tecnologias diversas de adestramento e/ou aprimoramento de si. Ora, não poderíamos dizer que isso acontece com todos e todas nós? De fato, o TDAH parece estar para o controle cotidiano indiferenciado, para normais e anormais, como a crise está para o tensionamento que mora no limiar que a antecede. Vivemos uma crise do controle e da liberdade ao mesmo tempo e o TDAH é o escândalo que a representa.

E o que podemos fazer com isso?

Acredito que esta pesquisa colabora com o nosso caminho – ainda por ser traçado – na medida em que explora a “bondade da pessoa ruim” – e “a maldade da pessoa boa” – que tão pouco temos a oportunidade de enxergar e por elas nos afetar quando lançamos mão de discussões maniqueístas sobre a temática da medicalização da vida. Por mais cruéis que sejam os efeitos da exacerbada farmacologização e medicalização das nossas infâncias e da população em geral, tamanha violência tem como pano de fundo uma conjuntura que lhe oferece condições de possibilidade e é essa mesma conjuntura que opera muitas outras violências, mais sutis, no cotidiano, no íntimo e no detalhe de nossas vidas.

Cabe ainda avançar mais no que tange a investigação mais ampliada das relações do SCDC com a rede de saúde e outras redes, no contexto intersetorial, partindo não somente de fontes documentais produzidas no próprio serviço. De um modo geral, aliás, acredito que o olhar operado neste estudo esteve constantemente atento à amplitude dos ramos que a produção do TDAH poderia implicar, ainda que o tamanho desta proposta de pesquisa não comportasse tão amplo espectro de análise.

Outro filamento possível para se forjar uma continuidade ao terreno aberto por esta pesquisa é a consulta às narrativas dos/as usuários/as acerca do processo diagnóstico estudado, de modo a dar visibilidade também aos discursos não autorizados sobre essa produção. Isto proporcionaria o levante de saberes abafados e contra-hegemônicos sobre o assunto, que, no entanto, emergem das partes mais afetadas nesse processo e merecem atenção.

Também seria pertinente investigar o campo da mediação escolar, considerando o trabalho de profissionais mediadores escolares. Pelas experiências que tive com tais agentes e por alguns pontos discutidos neste trabalho, questiono-me: seu acompanhamento a crianças e adolescentes considerados/as deficientes e/ou com transtornos que dificultam a aprendizagem pode ser considerado uma estratégia de efetiva inclusão escolar, tal como se pretende?

Dito isto, deixo aqui este caminhar com o rastro das anotações que pude tecer sobre, acerca e ao longo deste percurso, na esperança de que saíamos mais crescidos/as, afinal. De que tenhamos avançado um pouco mais no entendimento do nosso presente. Sim, porque isso tudo atravessa o nosso presente. Em níveis mais próximos ou mais distantes, mais amenos ou mais violentos, a vida de cada um/a de nós está em compromisso com este jogo. No tabuleiro do capitalismo, da medicalização e do controle da atenção e da atividade, cabemos todos e todas nós. Nele somos acelerados/as, apertados/as, modulados/as sem sequer nos darmos conta.

Certa vez, ouvi alguém dizer que o TDAH dá em tudo o que se mexe. Talvez seja isso.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). **Direito dos portadores de TDAH**. Rio de Janeiro, p. 1-15, 2014. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/images/stories/site/pdf/cartilha_legislacao.final.pdf>. Acesso em 3 fev. 2016.
- ALENCAR, Cristina. **A trajetória de Bettina Ferro e sua contribuição para a ciência e a sociedade**. Belém: Ponto Press, 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados**, ano 2, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2012.
- ARANTES, Esther M. M. Rostos de crianças no Brasil. Em: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.
- ARIÈS, Philippe. **A história social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 5ª ed., 2014.
- BARROS, Laura P. & KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. Em PASSOS, E., KASTRUP, V. & ESCÓSSIA, Liliana. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, Brasil: Sulina, p. 52-75, 2009.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BENIGUI, Yehuda. Prefácio. Em: FIGUEIRAS, Amira Consuelo de M.; SOUZA, Isabel Cristina N. de; RIOS, Viviane G.; BENIGUI, Yehuda. **Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: Organização Pan-americana da Saúde, p. 7-8, 2005.
- BOARINI, Maria Lúcia; BORGES, Roselania F. **Hiperatividade, higiene mental, psicotrópicos: enigmas da caixa de Pandora**. Maringá: EDUEM, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em 14 mar. 2016.
- _____. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC, SEESP, 2002.
- _____. **Caderno de textos**. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7ª ed. Brasília/DF: Câmara dos Deputados, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 1.130**, de 5 de agosto de 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html> Acesso em 20 fev. 2016.

BRASIL, Heloisa Helena A.; BELISÁRIO FILHO, José F. Psicofarmacoterapia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 42-47, 2000.

BREINIS, Paulo. Transtorno do déficit de atenção na infância. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 50, n. 9, set., p. 388-396, 2014.

BHUTTA, A. T.; CLEVES, M. A.; CASEY, P. H.; CRADOCK, M. M.; ANAND, K. J. S. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm. A meta-analysis. **JAMA**, v. 288, n. 6, p. 728-737, 2002.

CALAZANS, Roberto; GUERRA, Andréa; KYRILLOS NETO, Fuad; PONTES, S.; RESENDE, Marina S. Manifesto de São João Del Rei-Brasil - em prol de uma psicopatologia clínica. Em: CALAZANS, Roberto; KYRILLOS NETO, Fuad (Orgs.). **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs**. Barbacena: EdUEMG, 2012.

CALIMAN, Luciana V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, jul./set. 2008.

_____. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.

_____. Notas sobre a história oficial do Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 46-61, 2010.

_____. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. Em: COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A.; RIBEIRO, Mônica C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, p. 109-118, 2013.

CALIMAN, Luciana V.; DOMITROVIC, Nathalia. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 879-902, 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. (Originalmente publicado em 1966).

CAREL, Havi; GYÖRFFY, Gita. Seen but not heard: children and epistemic injustice. **The Lancet**, Londres, v. 384, n. 9950, p. 1256-1257, 2014.

CASTEL, Robert. A gestão previsível. Em: _____. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, p. 100-132, 1987.

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

CITTON, Yves. **L'économie de l'attention**: nouvel horizon du capitalisme? Paris: La Découverte, 2014.

COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação). **Ideias**, Campinas, v. 23, p. 25-31, 1994.

CRARY, Jonathan. **24/7**: capitalismo tardio e os fins do sono. São Paulo: Cosac-Naify, 2014.

CUNHA, Jurema Alcides. Fundamentos do psicodiagnóstico. Em: _____. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artmed, p. 23-31, 2007.

DELEUZE, Gilles. Um novo cartógrafo (Vigiar e Punir). Em: _____, **Foucault**, São Paulo: Brasiliense, 2013. (Originalmente publicado em 1988).

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUMAS, Jean E. O transtorno hipercinético ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Em: _____. **Psicopatologia da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição, p. 226-271, 2010.

EISENBERG, Leon. Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when "AHDH" was the "brain-damaged child". **Journal of child and adolescent psychopharmacology**, New Rochelle, v. 17, n. 3, p. 279-283, 2007.

EWALD, François. Foucault e a norma. **Foucault, a norma e o direito**. Lisboa: Vega, p. 77-125, 2000.

FARAONE, Silvia; BIANCHI, Eugenia. Medicalización de la infancia a través del análisis del transtorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) en Argentina: usuarios, psicofármacos y manuales de diagnóstico. Em: COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A.; RIBEIRO, Mônica C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, p. 93-131, 2013.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo de M.; PUCCINI, Rosana F.; SILVA, Edina M. K.; PEDROMÔMICO, Márcia Regina M. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 6, p. 1691-1699, nov./dez. 2003.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo de M.; SOUZA, Isabel Cristina N. de; RIOS, Viviane Graziela; BENGUIGUI, Yehuda. **Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: Organização Pan-americana da Saúde, 2005.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. Em: _____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, p. 285-315, 2005.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014a.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 42ª edição, 2014b. (Originalmente publicado em 1975).

GAEFF, Rodrigo L.; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, vol. 19, núm. 3, p. 341-361, jul.-sep. 2008.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, jan./mar., p. 243-256, 2012.

GONDRA, José G. Estropiados, tarados, imbecis, loucos, criminosos e incapazes: o processo de normalização da casa e da escola em questão. Em: RESENDE, Haroldo de. **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 199-215, 2015.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr., 2007.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ITABORAHY, Claudia; ORTEGA, Francisco. Metilfenidato: 10 anos de publicações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816, 2013.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Em: PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia & ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, Brasil: Sulina, p. 32-51, 2009.

LATOUR, Bruno. **Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LE GOFF, Jacques. Documento/Monumento. Em: _____. **História e memória**. Campinas: Editora da UNICAMP, p. 535-549, 1990.

LEMOS, Flávia Cristina S. **Crianças e adolescentes entre a norma e a lei: uma análise foucaultiana**. Tese (História e Sociedade) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade do Estado de São Paulo, Assis, 2007.

_____. **O controle da vida: práticas de conselheiros tutelares**. Curitiba: Appris, 2015.

LEMOS, Flávia Cristina S.; SILVA, Daiane G.; GALINDO, Dolores; MENDES, Larissa. Notas sobre a genealogia e a pesquisa cartográfica. **Ecos**, Campos dos Goytacazes, v. 5, n. 2, p. 209-218, 2015.

LOBO, Lilia. O nascimento da criança anormal e a expansão da psiquiatria no Brasil. Em: RESENDE, Haroldo de. **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 199-215, 2015a.

_____. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes do Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015b.

LOUTFI, Karina S.; CARVALHO, Alysson M. Possíveis interfaces entre TDAH e epilepsia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 146-155, 2010.

LUPTON, Deborah. Foucault and the medicalisation critique. Em: PETERSEN, A.; BURTON, R. **Foucault, Health and Medicine**. Londres: Routledge, p. 94-110, 1997.

MACHADO, Adriana M. **Reinventando a avaliação psicológica**. Tese de doutorado (Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 83-103, out., 1995.

MARQUES, Carla; NARDI, Antônio Egídio; FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro; ANDRADE, Yasmin; CAMISSÃO, Carlos; VERSIANI, Márcio. Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. **Série Psicofarmacologia** 23, v. 43, n. 3, p. 117-121, mar. 1994.

MARTINI, Juliana A. Introdução. Em: _____. **Qualidade de vida, avaliação cognitiva e comportamental de prematuros de muito baixo peso com idade entre cinco e oito anos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, p. 20-37, 2012.

MATTOS, Paulo; POLANCZYCK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto. O TDAH é subtratado no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, p. 513-516, 2012.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-23, 2003.

MONTEIRO, Flávia Cristina L. **A importância da inserção da família no tratamento de crianças especiais atendidas no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza – Programa Caminhar**. Trabalho de conclusão de curso (Serviço Social) – Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.

MOREIRA, Camila. Transtorno de déficit de atenção. **Jusbrasil**, 2015. Disponível em: <http://cmoreira2.jusbrasil.com.br/artigos/121809559/transtorno-de-deficit-de-atencao>. Acesso em 3 fev. 2016.

OLIVEIRA, Felipe; SOUZA, Marilene P. R. O que dizem os projetos de lei sobre dislexia e TDAH: contribuições da psicologia escolar. Em: COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A.; RIBEIRO, Mônica C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, p. 203-219, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

PASSOS, Eduardo; BARROS, L. P. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. Em PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia & ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, Brasil: Sulina, p. 17-31, 2009.

PATTO, Maria Helena S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1993.

PIANI, Pedro Paulo F. **A Integralidade na saúde: ordenamento jurídico e desafios de implementação**. Paper. NAEA/UFPA, 2009.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. Santa Cruz do Sul, **Barbarói**, v. 38, n. 1, p. 45-49, 2013.

RECH, Tatiana. Inclusão educacional como estratégia biopolítica. Em: FABRIS, Elí T. H.; KLEIN, Rejane R. (Orgs.). **Inclusão e Biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 25-43, 2013.

ROCHA, Catiane R.; MENZEN, Eliana; NASCIMENTO, Sandra F. Diferenciando e reconhecendo as dificuldades e os transtornos de aprendizagem. Em: FINK, Alessandra T.; FERRARI, Roseane de F.; CANAN, Silvia R. **Psicopedagogia em debate**. Rio Grande do Sul: Frederico Westphalen, p. 42-55, 2008. (Série pesquisa em Ciências Humanas).

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 7-11, 2000.

ROSE, Nikolas; NOVAS, Carlos. Biological citizenship. Em: ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen (Eds.). **Global Antropology**. Oxford: Blackwell, dez. 2003.

SCHMUCLER, Héctor. La indústria de lo humano. **Artefacto**, Buenos Aires, UBA, nº. 4, inverno 2001.

SCIVOLETO, Sandra; TARELHO, Luciana G. Depressão na infância e na adolescência. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 59, n. 8, p.555-558, ago. 2002.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Contribuições dos “estudos de famílias” em TDAH – uma ferramenta útil para pesquisas sobre a etiologia do TDAH. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, jan./fev., p. 42-50, 2014.

SOUZA, Ana Vicentina S. **A Integralidade - Uma Política Emergente na Saúde Pública**. Em: _____. A Integralidade na Prática Clínica e Institucional na Relação Ensino-Serviço: Um Estudo de Caso sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, p. 11-36, 2009.

SUCUPIRA, Ana Cecília S. L. Hiperatividade: doença ou rótulo? Em: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Caderno do CEDES 15 – Fracasso escolar – uma questão médica?** São Paulo: Cortez, 1985.

UNTOIGLICH, Gisela. Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hipetatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância? Em: COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, Maria Aparecida A.; RIBEIRO, Mônica C. F. (Orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, p. 119-131, 2013.

VEYNE, Paul. Foucault revoluciona a história. Em: _____. **Como se escreve a história**. Brasília: UnB, 1971.

APÊNDICE

APÊNDICE A - MODELOS DE PLANILHAS DA TRIAGEM

1) Produção por profissional e por ano:

TRIAGEM DAS FICHAS DE PRODUÇÃO				ANO		
ESPECIALIDADE – PROFISSIONAL						
MÊS	PRONTUÁRIO	SEXO	IDADE	TIPO DE ATENDIMENTO (02=1ª vez;03=retorno)	OBS. (CID)	AMBULATÓRIO
DATA DO ATENDIMENTO						
DATA DO ATENDIMENTO						
DATA DO ATENDIMENTO						
MÊS	PRONTUÁRIO	SEXO	IDADE	TIPO DE ATENDIMENTO (02=1ª vez;03=retorno)	OBS. (CID)	AMBULATÓRIO
DATA DO ATENDIMENTO						
DATA DO ATENDIMENTO						
DATA DO ATENDIMENTO						

2) atendimentos por usuário/ano:

ANO		NÚMERO DE ATENDIMENTOS NO ANO			OBSERVAÇÃO
	Nº PRONTUÁRIO	1 x	2 x	...	PERCURSO
1	EX.1	X			
2	EX.2	X	X		
...	...				
TOTAL					

3) Relação de usuários associados ao CID F90, de 2012 a 2014:

RELAÇÃO DE USUÁRIOS ASSOCIADOS AO CID F90		FREQUENTOU O SERVIÇO EM			TOTAL DE ATENDIMENTOS	IDADE	SEXO
USUÁRIO/A	PRONTUÁRIO Nº	2012	2013	2014			
1	EX.1	X	X				
2	EX.2		X	X			
...	...						
TOTAL							

APÊNDICE B - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Práticas em uso no diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

Esclarecimentos da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo principal é investigar como é construído o diagnóstico de TDAH e quais são os encaminhamentos relativos ao acompanhamento e apoio à população diagnosticada no Serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil – CAMINHAR (Hospital Bettina Ferro de Souza – UFPA/Belém-PA). Para tanto, pesquisa contará com entrevistas semi-estruturadas com as pessoas envolvidas nos processos de diagnóstico e tratamento do TDAH, acerca de sua participação no processo diagnóstico e quais os procedimentos de avaliação e atendimento aos usuários diagnosticados. Estas entrevistas serão gravadas em áudio, transcritas e analisadas pela pesquisadora responsável, resguardando o sigilo da identidade do(a) participante. De posse dessas informações, gostaria de solicitar a sua autorização para entrevistar você. É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. você não ficará exposto(a) a nenhum risco; 3. a identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 4. você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa em pauta; e 6. somente após devidamente esclarecido(a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento. A pesquisa será utilizada para a elaboração de dissertação de mestrado da pesquisadora Bruna de Almeida Cruz, orientada pelo Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Pesquisadora responsável
E-mail: brunaacruz@gmail.com
Fone: (91)98383-9603

Orientador da pesquisa
E-mail: pedropiani@yahoo.com.br
Fone: (91)98905-0163

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, ____/____/____

Assinatura do participante

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Projeto de pesquisa: Práticas discursivas no diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

Autora: Bruna de Almeida Cruz.

Colaborador: Paulo Henrique Almeida Pascoal.

Participantes: Profissionais de saúde do Serviço Caminhar, do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.

Dia e Horário: 07/10/2015, às 13 horas.

Local: Sala dos professores - CASMUC.

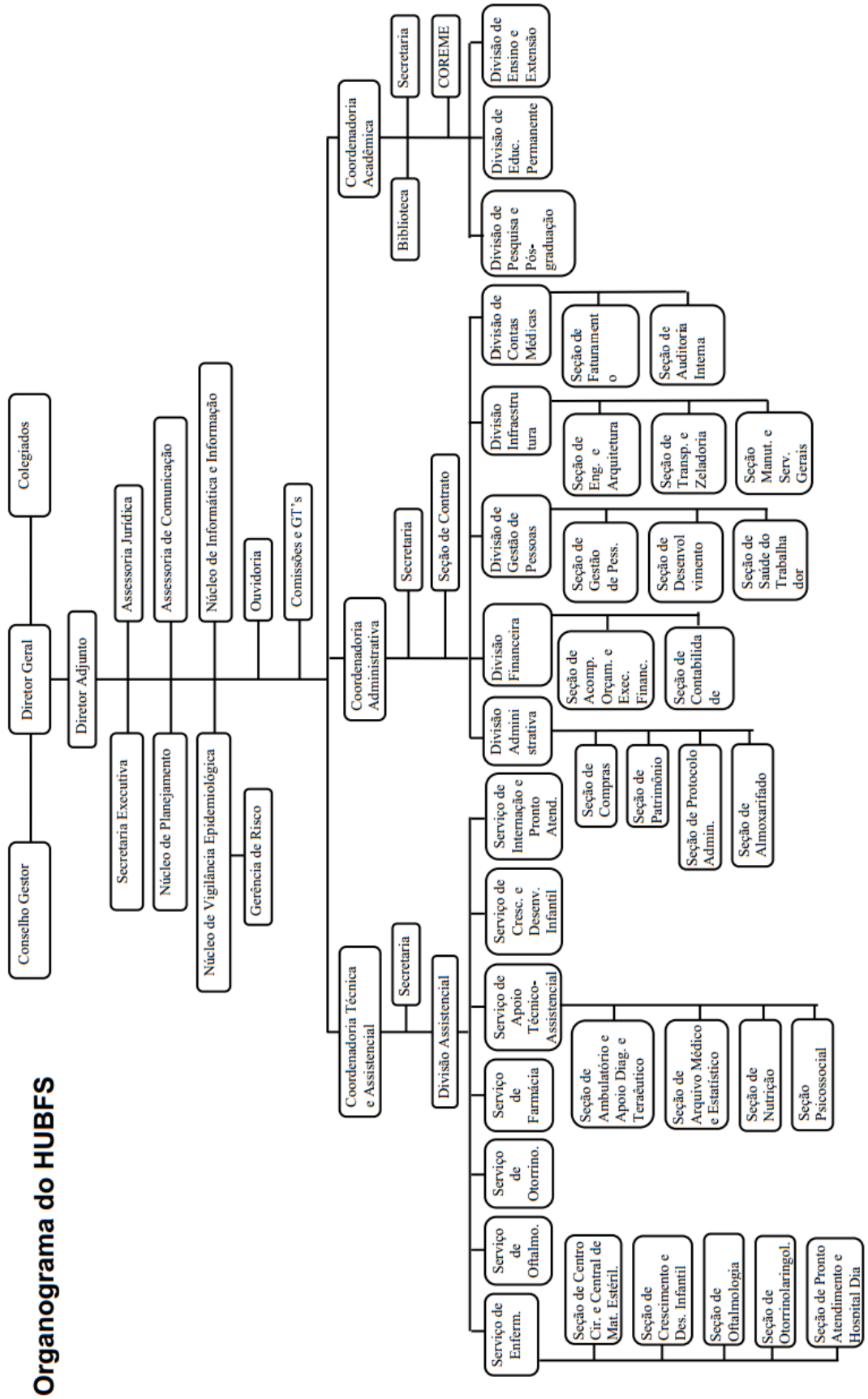
Aspectos éticos: Apresentação aos participantes dos princípios éticos que regem a pesquisa e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Momento inicial: Será solicitado que cada profissional da área faça uma breve apresentação sobre área de formação, tempo de formação e a sua atuação no serviço. Posteriormente, a roda será norteadas pelas perguntas a seguir:

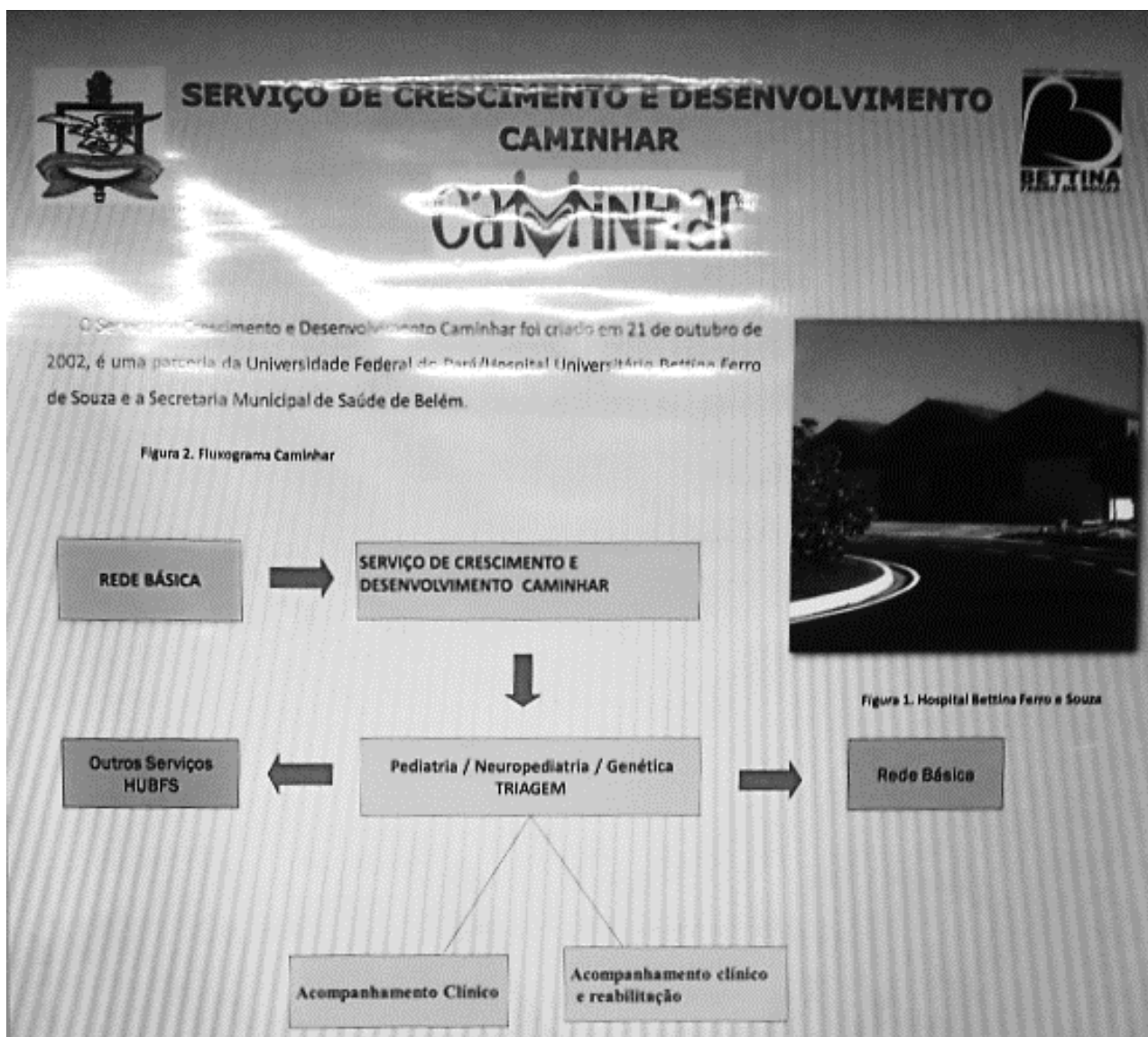
- 1) Quem participa da elaboração do diagnóstico de TDAH no Serviço Caminhar?
- 2) Como é feita a comunicação entre esses profissionais?
- 3) De que forma vocês identificam o TDAH em uma criança?
- 4) Como é feito o diagnóstico? Vocês realizam algum tipo de exames ou testes? Quais?
- 5) Contem como é o percurso das crianças diagnosticadas com TDAH no Serviço? (Quais as comorbidades mais frequentes? Isso interfere no percurso dentro do Serviço?)
- 6) Quais as razões que motivaram a criação do Ambulatório da Aprendizagem?
- 7) Qual é a relação do TDAH com os problemas de aprendizagem?
- 8) Existe a possibilidade de uma criança diagnosticada com TDAH estar passando por algum outro fator, que não biológico, que esteja interferindo no processo de aprendizagem? Por exemplo: a escola, o professor?
- 9) Após o diagnóstico de TDAH, o que é feito com a criança? (Quais os encaminhamentos possíveis? Como é feito o tratamento de TDAH? Existem medicamentos próprios para tratamento? Quais?)
- 10) O que vocês acham que o diagnóstico possibilita para a criança, sua família e a escola?

ANEXOS

ANEXO A – ORGANOGRAMA DO HUBFS



ANEXO B – FLUXOGRAMA DO CAMINHAR



ANEXO C – FICHA DE PRODUÇÃO DIÁRIA



Nome do Profissional: _____ **C.N.S.:** _____ **C.B.O.:** _____
Turno: () Manhã () Intermediário () Tarde **DATA:** _____

Ord	Nº do Registro	Sexo	Idade	Cód. Tipo de Atendimento	Código Procedimento	Cód. Internacional das Doenças	Código do Grupo de Atendimento	Avaliação	Assinatura/Paciente
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Assinatura e Carimbo do Profissional _____

ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas discursivas no diagnóstico e tratamento do Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

Pesquisador: Bruna de Almeida Cruz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40374114.4.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 956.269

Data da Relatoria: 26/01/2015

Apresentação do Projeto:

O Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um termo utilizado para denominar um transtorno, um diagnóstico comumente atribuído a pessoas – especialmente crianças e adolescentes – que apresentam como características marcantes a desatenção, agitação motora e impulsividade. Apesar de muito utilizado e difundido, o TDAH ainda é um diagnóstico muito recente, que requer estudos. Os principais pontos

emergentes na discussão sobre o TDAH referem-se ao tipo de tratamento dado a quem recebe o diagnóstico - especialmente medicamentos à base de anfetaminas -, bem como o crescente número de casos diagnosticados nos últimos anos. Por conta disto, esta pesquisa visa investigar, a partir das práticas discursivas correntes no Serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil – Programa CAMINHAR (Hospital Bettina Ferro de Souza –

UFPA/Belém-PA), como é constituído o diagnóstico de TDAH e quais são as práticas relativas ao acompanhamento e apoio à população

diagnosticada. Partiremos de uma perspectiva qualitativa que trabalha com o uso que as pessoas fazem da linguagem, bem como os sentidos produzidos a partir das práticas discursivas no cotidiano. No serviço estudado, serão analisados documentos referentes ao processo diagnóstico em questão, bem como serão entrevistados os profissionais envolvidos no mesmo.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepps@ufpa.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



Continuação do Parecer: 956.269

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar, a partir das práticas discursivas correntes no Serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil – Programa CAMINHAR (Hospital Bettina Ferro de Souza – UFPA/Belém-PA), como é constituído o diagnóstico de TDAH e como essas elaborações produzem as práticas relativas ao acompanhamento e apoio à população diagnosticada.

Objetivo Secundário:

Identificar e descrever a demanda referente ao serviço diagnóstico do TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da realização da pesquisa são mínimos. Constrangimento na entrevista. Quebra acidental de sigilo. Por isso, a pesquisadora assume o compromisso de suspender a entrevista realizada com o participante, em caso de solicitação. A consulta aos prontuários preservará o sigilo da identidade do paciente.

Benefícios:

A pesquisa incidirá diretamente sobre a produção de conhecimentos na área de diagnóstico do TDAH e, à medida que parte de uma perspectiva biopsicossocial do cuidado em saúde, consonante com os princípios de integralidade do SUS, atualmente em vigor, pode oferecer subsídios para o avanço dos serviços no cumprimento do que preconiza a política de saúde brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa aplicada, com relevância destacada e metodologia coerente a execução do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados de forma adequada.

Recomendações:

No encaminhamento de trabalhos futuros, no campo onde é necessário a assinatura (principalmente folha de rosto- chefia imediata) providenciar, sempre que possível, o carimbo. No cronograma de execução, deixar explícito a atividade de envio do trabalho ao comitê de ética e fazer uma previsão de tempo de avaliação de 2 meses.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto com parecer favorável, sem mais pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 956.269

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 19 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

ANEXO E – GUIA DE REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE REFERENCIADA	 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	GUIA DE REFERÊNCIA / CONTRA REFERÊNCIA	DATA / /	
	REFERÊNCIA			
	De Unidade Tipo _____ Localidade/Município _____	Para Unidade Tipo _____ Município / Estab. de Saúde _____	Matrícula _____	
	IDENTIFICAÇÃO			
Nome _____		Sexo _____ <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade _____ Anos	Ocupação _____
Endereço Completo _____				
RESPONSÁVEL				
Nome _____ Grau de Parentesco _____		Endereço _____		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO				
2ª VIA - UNIDADE DE ORIGEM PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA	CONTRA-REFERÊNCIA		MATRÍCULA	
	Nome _____			_____
	Tipo _____ Município/Estab. de Saúde _____	Tipo _____ Município/Localidade _____	Entrada Data / / Hora	
	Exames Complementares Realizados _____			
	Diagnóstico Definitivo _____		Tratamento Instituído _____	
	Intercorrências _____			
	Sugestão p/Continuidade do Tratamento _____			
Responsável pelo Preenchimento _____				
Assinatura / Carimbo _____				

DADOS CLÍNICOS					
Causa Principal	Tempo da Doença	Data Início	Forma Início	Evolução	Hist. de Contágio
	____ dias	____/____/____	<input type="checkbox"/> Súbito <input type="checkbox"/> Insidioso	<input type="checkbox"/> Rápida <input type="checkbox"/> Lenta	<input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Ext. Domiciliar

RESUMO CLÍNICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAME REALIZADOS

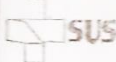
RESPONSÁVEL PELO RECONHECIMENTO

Assinatura / Carimbo

INTERNAÇÃO						
DATA	HORA	CLÍNICA	Nº LEITO	CONDIÇÕES	ALTA	DATA
						____/____/____
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Observações</div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Não internado</div>						

Assinaturas	
<hr/> PACIENTE OU RESPONSÁVEL	<hr/> RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

ANEXO F – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA				2 - CNES 2 6 9 4 7 5 1	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE			4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
8 - RAÇA/COR		9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTDE	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)					
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTDE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTDE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTDE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)					
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL		38 - CID10 SECUNDÁRIO	
39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS					
40 - OBSERVAÇÕES					
SOLICITAÇÃO					
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				55 - CNES	

ANEXO G – PÔSTER INFORMATIVO SOBRE TDAH (CLASSE HOSPITALAR)



SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA ADJUNTA DE ENSINO
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO PARA DIVERSIDADE INCLUSÃO E CIDADANIA
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
UNIDADE 05. CLASSE HOSPITALAR- ANEXO I E. E. DE ENS. FUND DO BARÃO DO RIO BRANCO.
CLASSE HOSPITALAR

Caminhar

Equipe Multiprofissional da Classe Hospitalar do HUBFS

O que é o TDAH



O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida.

O TDAH na infância em geral se associa a dificuldades na escola e no relacionamento social. As crianças geralmente não param quietas por muito tempo. Os meninos tendem a ter mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que as meninas, mas todos apresentam sintomas de desatenção.

Apresenta a tríade sintomática de



METODOLOGIA DE TRABALHO DA CLASSE HOSPITALAR DO HUBFS COM ALUNOS COM TDAH

- AVALIAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA DO SERVIÇO CAMINHAR;
- ENCAMINHAMENTO DAS CRIANÇAS PARA A CLASSE HOSPITALAR;
- LEITURA DO PRONTUÁRIO DA CRIANÇA;
- ANAMNESE;
- AVALIAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA;
- PLANO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL INDIVIDUALIZADO;
- ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO;
- EDUCAÇÃO PSICOMOTORA
- ARTE-TERAPIA

Formas de Atuação



UTILIZAÇÃO DE SOFTWARES EDUCATIVOS



ADAPTAÇÃO DE MATERIAL



ESTIMULAÇÃO PSICOMOTORA



Quem pode diagnosticar o TDAH?

O diagnóstico de TDAH é fundamentalmente clínico, realizado por um médico juntamente com equipe multiprofissional (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicopedagogo).

Tratamento

O tratamento é feito pelo acompanhamento com profissionais especializados - psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo e em alguns casos, com o uso de medicação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Classe Hospitalar do HUBFS desenvolve um atendimento específico para as crianças com TDAH, com o objetivo de trabalhar as dificuldades de cada criança visando a concretização do planejamento educativo elaborado a partir das especificidades das mesmas, como também desenvolver sua autonomia. Desta forma, o professor amplia suas possibilidades de atendimento podendo considerar diferentes habilidades, interesses e maneiras de aprender no desenvolvimento da capacidade de seus alunos.

Referências:
American Psychiatric Association - APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V. Fifth Edition. Washington, DC London, England.
Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 121 (1), 65- 94