

ARTIGO

A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica¹

A diagnostic construction of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: a critic discussion

Viviane Neves Legnani; Sandra Francesca Conte de Almeida

Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil

RESUMO

O artigo analisa criticamente a atual produção discursiva médica em torno das investigações sobre o psiquismo e suas manifestações psicopatológicas, ancorada nos avanços das neurociências. Este discurso gera, comumente, uma prática diagnóstica que reduz as manifestações subjetivas e sociais às categorias de "distúrbios" e "transtornos". Considerando a infância, o percurso e as vicissitudes do seu desenvolvimento, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é uma das descrições mais utilizada dentro dessa visão diagnóstica. Pretende-se, neste estudo de natureza teórica, abrir um espaço de reflexão acerca desse quadro clínico, objetivando contribuir na ressignificação de concepções e práticas mais críticas dos profissionais que atuam no campo clínico e educativo com crianças com tal diagnóstico.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Diagnóstico; Psicopatologia.

ABSTRACT

The present article analyses critically the current discursive medical production around the investigations of the psyche and its psychopathological manifestations, based on the neurosciences advances. This affirmative causes a common diagnostic which reduces the subjective and social manifestations to categories such as "disturbs" and "disorders". Considering the childhood, the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) is a description which is more used within this diagnostic view. We aim to enclose a reflexive area, through a bibliographical research of this diagnosis, with the objective to contribute to a critical conception's construction for the professionals who deal with children diagnosed with AD/HD in the clinic and educational field.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD); Diagnostic; Psychopathology.

INTRODUÇÃO

Atualmente, nos círculos acadêmicos e de pesquisas, vem se construindo uma fecunda reflexão sobre a produção do conhecimento científico. As discussões são múltiplas e, com frequência, encontram-se críticas revisionistas feitas à grandiosa proposta científica apregoada pela Modernidade. Tal tarefa se torna complexa na Academia, justamente pela falta de distanciamento necessário à reflexão. Contudo, a crise do cientificismo, com o conseqüente fracasso de seus mitos como, por exemplo, o da neutralidade científica, por si só é geradora de um constante debate.

Desta forma, muito se discute sobre a mudança do paradigma dominante e hegemônico nas ciências para um outro, que traria em seu cerne a temática da ética na produção do conhecimento. Esta fase de transição paradigmática questiona, então, as certezas epistemológicas do modelo tradicional de ciência e pauta-se em uma revisão crítica de alguns pilares não apenas epistemológicos como também metodológicos, que nortearam tais empreitadas científicas.

Embora tais reflexões estejam atualmente presentes no fazer científico, conforme aponta Santos (1989), ainda não podemos visualizar projetos concretos que assumam inteiramente essa nova proposta paradigmática. No que diz respeito à turbulência da transição, a análise feita pelo autor é a de que o futuro pode ser ambíguo. Para demonstrar essa incerteza, aponta a emergência de um novo naturalismo, que privilegiaria os pressupostos biológicos nas explicações acerca do psiquismo e do comportamento humano e que, de certa forma, ratificaria a égide de todos os parâmetros das ciências naturais como um modelo unívoco para a construção de conhecimento. Este ponto, destacado por Santos, é um exemplo crucial das oscilações possíveis que o atual momento epistemológico sugere. Nesse sentido, uma atenção e uma profunda reflexão a respeito destas produções discursivas, justamente pela radicalidade que elas apresentam, tornam-se de fundamental importância para os pesquisadores das diversas áreas que investigam os processos psíquicos do ser humano.

A Biologização do Psiquismo Humano: uma Resposta "Científica" que Visa à Anulação da Subjetividade

Alguns autores contemporâneos têm ancorado suas discussões em torno da questão apontada anteriormente. Birman (1999), por exemplo, enfatiza que um novo cientificismo começou a ser delineado a partir da psiquiatria biológica e da neurobiologia as quais, nas décadas de 1980 e 1990, conquistaram um grande prestígio científico em função do impacto causado pelos resultados não só das pesquisas de novas drogas psicofarmacológicas, mas também das pesquisas acerca do metabolismo químico e do mapeamento do cérebro.

Um dos efeitos deste forte impacto foi o ressurgimento de uma visão organicista e biologizante, que comparece no discurso científico e social, apontando o caráter de insuficiência de áreas do conhecimento que tentavam analisar o mal-estar do sujeito em sua relação com a cultura e suas manifestações psicopatológicas, utilizando parâmetros mais dinâmicos e processuais. De acordo com Birman (1999), assistimos, na atualidade, a uma sedação indiscriminada da angústia humana, construída a partir dos psicofármacos.

Em uma análise dos contextos europeu e norte-americano contemporâneos, Roudinesco (2000) destaca que saímos da era da subjetividade e adentramos nos tempos da individualidade, pois vivemos em uma sociedade marcada por uma estratificação social e econômica na qual a ênfase recai no individualismo, o qual, por sua vez, advém da pobreza simbólica dos contextos culturais, em virtude da perda dos ideais coletivos. Ademais, vivenciamos uma proposta clara de uma política de evitação que desqualifica os debates, conflitos e controvérsias, pouco restando ao sujeito senão o silêncio e o sentimento de imobilização e conformismo.

Conjuntamente com os referidos postulados da psiquiatria biológica, Roudinesco (2000) observa a aceitação progressiva de uma modalidade científica, o cognitivismo, que se inicia na década de 1950, cuja concepção enfatiza que o mental e o neural seriam duas faces de um mesmo fenômeno e que os quadros psicopatológicos estariam ligados ao funcionamento da cognição.

A relação entre ideologia e ciência mostra que os campos de saberes se modificam conforme as diferentes formações discursivas de uma determinada sociedade. À medida que a ciência encontra um lugar na regularidade discursiva é que ela passa a funcionar nos campos das práticas e, nesta perspectiva, para se entender o funcionamento ideológico de uma ciência, é necessário ater-se ao

sistema de formação de seus objetos, tipos de enunciação, conceitos e escolhas teóricas (FOUCAULT, 1997).

Em suma, podemos pressupor que a questão ideológica que perpassa o atual discurso científico, em seus fundamentos teóricos, aparece sob a forma de destituição da importância da subjetividade. Podemos inferir, também, que existem interesses por trás dessa anulação os quais, certamente, advêm da manutenção de um determinado projeto político, econômico e social.

Em relação à referida política de evitação, uma análise da "evolução" do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM)² pode ser ilustrativa. Os postulados que compõem as duas últimas versões, o DSM IV e a sua versão precedente, o DSM III, aparecem como atóxicos e operacionais, o que denota o intuito claro de não despertar controvérsias.

Tal fato tem chamado a atenção de vários pesquisadores, e a análise feita é a de que, em torno desse suposto ateoricismo, todas as contribuições das teorias da subjetividade que compunham os manuais anteriores foram extintas. Nesta perspectiva, em nome da facilitação de uma prática, a ênfase recai em sistemas operacionais dos transtornos psíquicos. A análise das atuais classificações diagnósticas demonstra que, no interior dessa proposta de ateoricismo, o que se presentifica é a postulação da neutralidade científica das descrições dos quadros psicopatológicos, as quais estariam isentas de qualquer preconceito. Mas, na verdade, tais descrições objetivas ocultam a concepção de que a única explicação válida é a descrição fisicalista e reducionista do sujeito, na qual este comparece como o resultado de estímulos neurofisiológicos, e a vida psíquica é vista como um epifenômeno da vida biológica.

A partir do que foi exposto, pode-se constatar que realmente estamos diante de um movimento de oscilação dentro do campo da episteme, conforme indicado por Santos (1998). De um lado, a tentativa de se implantar um modelo unívoco de ciência, ancorado em uma visão biologizante do homem; de outro, novos parâmetros para a produção de conhecimento, que apontam justamente para a superação de dicotomias consideradas arbitrárias e artificiais: sujeito/objeto, conhecimento científico/senso comum, natureza/cultura e, por fim, entre as ciências naturais e sociais.

Atualmente, o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) tem sido uma das descrições médicas mais utilizada para dar vazão ao mecanismo de psicopatologização das dificuldades que comparecem na infância, em uma concepção biologizante do desenvolvimento e do psiquismo humanos.

Em direção oposta a essa perspectiva, pretendemos, neste artigo, abrir um espaço de reflexão acerca do chamado quadro de TDA/H, por meio de uma revisão de literatura especializada que questiona as produções discursivas da área médica em torno dessa descrição. O intuito não é o de que essa discussão reflexiva possa desmontá-las e colocar em seu lugar uma outra sistematização discursiva que se autoproclame como verdadeira e absoluta, mas, sim, o de que possa vir a subsidiar a compreensão, o senso crítico e as práticas daqueles que realizam um trabalho terapêutico e/ou educativo voltado para crianças e adolescentes que tenham recebido tal diagnóstico.

Contradições e Controvérsias acerca da Construção Médica Diagnóstica sobre o TDA/H

As primeiras descrições médicas sobre o TDA/H aparecem no início do século XX, mas é a partir da década de 1970, principalmente no contexto norte-americano, que essa descrição passa a ganhar um grande destaque nos diagnósticos das crianças e adolescentes em processo de escolarização. Os dados estatísticos preconizados pelo discurso médico contemporâneo apontam uma incidência significativa deste transtorno: a estimativa feita é a de que de 3% a 6% das crianças e adolescentes em idade escolar seriam "portadoras" do TDA/H (ROHDE; MIGUEL FILHO; BENETTI; GALLOIS; KIELING, 2004).

Segundo Rohde e Halpern (2004), a proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais, mas esta proporção, nos estudos clínicos, pode aumentar significativamente e chegar a até 9:1. No que diz respeito à prevalência do transtorno, considerando as diferenças raciais e os níveis socioeconômicos, os resultados das pesquisas não permitem conclusões claras. Contudo, para Rohde e Ketzner (1997), a partir de suas impressões clínicas, o TDA/H teria maior prevalência em crianças dos meios desfavorecidos.

De acordo com estudos de Werner (1997), a aceitação social desse diagnóstico é facilmente constatada na vida cotidiana e profissional e tem uma credibilidade expressiva, uma vez que, desde 1992, foi

respaldado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Resgataremos, então, a trajetória histórica deste quadro clínico até o sistema classificatório atual, representado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV (1995), no qual se tem a nomenclatura de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H.

Nos anos 1940, surgiu a designação “Lesão Cerebral Mínima” (LCM) que, na década de 1960, foi modificada para “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM). Ambas as terminologias abrigavam o conjunto de sintomas que compõem o atual quadro de TDA/H.

A mudança de terminologia de Lesão Cerebral Mínima para Disfunção Cerebral Mínima foi realizada em virtude da ausência de comprovações empíricas das pesquisas experimentais para justificar a existência de uma lesão no aparato cerebral. Collares e Moysés (1992) relatam que em 1962, em um simpósio internacional em Oxford, os resultados das pesquisas de vários grupos de estudo da LCM, mesmo valendo-se de todas as metodologias experimentais disponíveis, não conseguiram detectar lesão alguma. Nessa circunstância, os pesquisadores reconheceram estar errados e optaram, então, pela troca de nomenclatura de Lesão Cerebral Mínima (LCM) para Disfunção Cerebral Mínima (DCM).

Essa troca é discutida criticamente pelas autoras, que destacam que não houve mudança alguma na postura científica dos pesquisadores que pudesse trazer alguma criticidade ou questionamento sobre um ponto crucial acerca dessas “entidades clínicas”, qual seja: a impossibilidade de comprovar uma anormalidade biológica que justificasse a inclusão dos referidos quadros como patologias orgânicas.

Werner (1997), em uma análise crítica sobre o papel regulador das explicações médicas, destaca que nos Estados Unidos, na década de 1960, houve um interesse governamental em oferecer respostas às indagações dos setores de classe média sobre o fracasso escolar de seus filhos. As explicações eram necessárias, pois dentro de um contexto de prosperidade econômica havia também profundas contradições relacionadas ao modelo econômico capitalista, demonstradas por vários indicadores, tais como o aumento do número de suicídio, o crescente uso de psicofármacos, problemas de saúde ocupacionais, estresse etc.

Nessa época, o governo dos Estados Unidos patrocinou um projeto cujo principal objetivo foi a realização de estudos que contribuíssem para a elaboração de diretrizes diagnósticas para os desvios de comportamento e problemas de aprendizagem de crianças com uma capacidade intelectual na média ou acima da média, ou seja, crianças não deficitárias do ponto de vista intelectual, mas que passariam, então, a partir dessas pesquisas, a serem enquadradas como portadoras de prejuízos neurológicos leves.

O diagnóstico DCM ganha, pois, uma grande aceitação social. Segundo o mencionado autor, a etiologia orgânica dos problemas de aprendizagem ou de comportamento é bem aceita pela classe média. O motivo dessa aceitação é a diferenciação dessa categoria clínica da categoria de “retardo mental” ou de “privação cultural”, utilizada para explicar o fracasso escolar dos alunos das camadas empobrecidas e das minorias étnicas.

Na década de 1980, na edição do DSM III, a Academia Americana de Psiquiatria propõe uma separação das perturbações por Déficit de Atenção e Hiperatividade em relação aos Distúrbios de Aprendizagem. Propõe, também, uma abordagem operacional para o diagnóstico das perturbações por déficit de atenção. Esta orientação será, posteriormente, incorporada pelo DSM IV, o qual, como já se destacou, em nome de uma facilitação da prática diagnóstica, propõe como critério de inclusão em uma determinada categoria diagnóstica os traços comportamentais apresentados pelo paciente.

No que diz respeito ao ancoramento teórico-clínico que comparece no discurso médico contemporâneo sobre o quadro de TDA/H, os seguintes pontos podem ser destacados:

a) a disfunção básica do TDA/H acomete os campos da atenção e concentração. Para efeito de diagnóstico, esta característica deve comparecer desde os primeiros anos de vida da criança e seria esta disfunção que acarretaria os outros comportamentos disfuncionais como, por exemplo, a dificuldade para se organizar, para seguir regras e instruções, como também as dificuldades escolares;

b) a hiperatividade propriamente dita não apareceria em todos os casos e caracterizar-se-ia por uma movimentação corporal incessante, trazendo dificuldades para a criança realizar quaisquer tarefas que demandassem poucos movimentos corporais; e,

c) por fim, a impulsividade, que se apresentaria, também, só em alguns casos e que se traduziria na incapacidade de a criança responder às demandas do outro e do ambiente de forma pertinente, seja pela dificuldade de estabelecer uma comunicação dialógica efetiva seja por meio de comportamentos que demonstrariam dificuldades na esfera do cumprimento de regras e normas.

Desse modo, o foco da problemática incide em uma disfunção basilar na organização do foco de atenção aos estímulos do ambiente. Tal dificuldade, por sua vez, gera um prejuízo na capacidade de concentração e, conseqüentemente, cria, também, dificuldades na operacionalização de respostas comportamentais adequadas ao contexto ambiental.

Dentro dessa proposta, o DSM IV (1995) reconhece três tipos clínicos, dependendo das manifestações comportamentais que predominam na vida do sujeito. De acordo com Rohde e Ketzer (1997), no DSM IV, a tríade sintomatológica que comparece nessa patologia tem o mesmo peso para efeito de diagnóstico. Assim, são estabelecidos os seguintes tipos: tipo predominantemente desatento; tipo predominantemente hiperativo-impulsivo; tipo combinado.

Para se concluir em qual categoria diagnóstica enquadrar o paciente, além da observação do comportamento da criança, o procedimento para a avaliação diagnóstica também deve conter uma coleta de informações feita junto aos adultos de sua convivência. Os informantes privilegiados são os pais e professores. Além disso, faz-se necessário um diagnóstico diferencial, por meio do qual se descartam outras patologias orgânicas ou problemas psicológicos causados por contextos socioambientais inadequados ao desenvolvimento da criança. A avaliação neurológica tem a finalidade de excluir outras patologias orgânicas, e os testes de inteligência são utilizados para excluir déficits de inteligência significativos.

Embora a construção diagnóstica de TDA/H utilize o enfoque operacional acima exposto, as dificuldades em estabelecer o referido diagnóstico permanecem. Tais dificuldades surgem por ser necessária uma ausência obrigatória de qualquer alteração disfuncional objetiva (neurológica, cognitiva), bem como uma constatação de que a coleta de informações sobre o comportamento da criança pode diferir muito entre as agências sociais, família e escola.

É importante ressaltar que os critérios utilizados para se chegar ao diagnóstico de TDA/H se ajustam melhor à infância e à adolescência sendo que, apenas recentemente, começou a se discutir, na comunidade médica, a possibilidade de adultos também serem "portadores" do TDA/H (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005). Esta premissa se consolidou, podemos presumir, a partir da contradição que reside nas explicações etiológicas de TDA/H. Considerando-se que o discurso médico pressupõe uma etiologia orgânica para esse transtorno, não faria sentido o desaparecimento de TDA/H com o término da adolescência.

As discussões em torno da etiologia de TDA/H, juntamente com os critérios diagnósticos utilizados na prática médica, bem como a proposta terapêutica medicamentosa que decorre desses postulados teórico-práticos, têm sido alvo de inúmeras discussões críticas. Deter-nos-emos, neste momento, às formações discursivas sobre a etiologia do quadro, as quais mostram os vários espaços de contradições presentes nesse discurso, bem como a fragilidade empírica desses postulados.

As explicações etiológicas para o TDA/H respaldam-se na premissa de que vários fatores estão implicados em sua etiopatogênese, quais sejam: fatores genéticos/familiares, adversidades biológicas e psicossociais (WALLAUER et al., 1996; RODHE; KETZER, 1997; MOURA, 1999; GOLFETO; VEIGA, 1999; POLANCZYK et al., 2002).

A argumentação que sustenta a premissa que o TDA/H pode estar relacionado aos fatores genéticos ancora-se em pesquisas realizadas com gêmeos (LEVYET et al., 1996; ROHDE; HALPERN, 2004) e com crianças adotadas que apontariam "evidências" em seus resultados, mesmo que não conclusivos, de que o TDA/H é um distúrbio genético.

Também os fatores pré e perinatais são apontados como favorecedores da ocorrência de TDA/H como, por exemplo, o fumo durante a gestação que, como na hipótese anterior, não possui comprovação empírica.

De acordo com Golfeto e Veiga (1999), as crianças adotadas seriam mais propensas a terem os sintomas e sinais da síndrome hipercinética. Os autores baseiam sua suposição em torno da premissa de que as vivências uterinas, bem como as primeiras horas de vida do bebê são significativas na gênese dos distúrbios psiquiátricos infantis. Esses pesquisadores consideram variáveis do tipo: uso de álcool e fumo na gravidez e/ou desnutrição materna para a ocorrência de TDA/H, mas, também, se apóiam na

hipótese, de cunho mais psicológico, de que uma possível causa para o referido transtorno, no caso das crianças adotadas, seria o desejo materno de doar o filho, o qual pode ter sido vivenciado pela criança intra-uterinamente como rejeição e abandono.

Na verdade, uma leitura crítica do trabalho dos autores permitiu-nos concluir que se trata de uma tentativa de explicar a etiologia de TDA/H a partir de uma somatória causal entre fatores psicológicos e orgânicos. Escapa-lhes, no entanto, uma análise dos aspectos ideológicos subjacentes a essa construção, os quais podemos inferir por meio da seguinte conexão: condição socioeconômica → desnutrição materna → fumo e álcool na gestação → rejeição ao feto → abandono → adoção → hiperatividade.

Portanto, temos aqui o exemplo de um discurso médico que “pré-conceitua” e se isenta de uma avaliação crítica por estar ancorado em “verdades” e certezas, as quais, com frequência, são despidas de evidências empíricas repletas de contradições e frágeis do ponto de vista científico (COLLARES; MOYSÉS, 1992).

Ainda como exemplo dessa fragilidade científica, temos as explicações causais que identificam alguns fatores ambientais que poderiam ser responsáveis pelo surgimento de TDA/H. Nessa perspectiva, temos os estudos que estabelecem a relação causal entre ingestão de chumbo e TDA/H e outros que estabelecem a relação entre aditivos alimentares e TDA/H (HOLMES, 1997).

Sobre a hipótese de intoxicação por chumbo, Rohde e Ketzer (1997) destacam que, até o momento, não existem evidências empíricas que justifiquem a veracidade dessa relação causal. Em relação ao fator ambiental e aos aditivos alimentares – corantes, preservantes, aromatizantes – apontados como causadores de uma reação alérgica que possibilita o aparecimento dos sintomas de TDA/H, os resultados das pesquisas foram, inicialmente, bastante enfatizados pela comunidade científica, conforme assinala Holmes (1997). Contudo, segundo este autor, embora não se possa ignorar essa explicação, estudos com maior controle demonstram que esta premissa não pode ser supervalorizada. Em suma, também não temos, até o momento, evidências empíricas que justifiquem a validação desta hipótese.

Uma outra vertente das explicações etiológicas se aferra em pesquisas advindas do atual campo das neurociências, que geram estudos sobre o substrato neurobiológico de TDA/H. De acordo com Rodhe e Ketzer (1997), os estudos neuropsicológicos, na atualidade, sugerem alterações no córtex pré-frontal e/ou de suas projeções a estruturas subcorticais. Com os avanços dos estudos de neuroimagem (exames tomográficos e de ressonância magnética), investiga-se a localização das alterações patofisiológicas de TDA/H. Todavia, segundo os autores, os estudos não são concordantes no que dizem respeito às alterações observadas.

Dentro dessa área do saber, outras pesquisas são realizadas em torno dos sistemas de neurotransmissores. Acredita-se que estariam envolvidos no TDA/H os neurotransmissores dopamina e a noradrenalina (ROHDE; HALPERN, 2004). Estas pesquisas, por sua vez, geram estudos psicofarmacológicos que se respaldam na utilização de psicofármacos para avaliar os efeitos decorrentes desses medicamentos no funcionamento cerebral. Werner (1997) já alertava para o fato de que estudos dessa natureza não poderiam ser considerados consistentes, embora a terapia medicamentosa estivesse sendo amplamente utilizada.

No entanto, as explicações etiológicas de natureza orgânica se difundiram e passaram a fazer parte do senso comum, dos sistemas de crenças partilhadas como verdades cientificamente provadas. Assim, é recorrente, no discurso cotidiano contemporâneo, a idéia de que várias formas de sofrimento, de mal-estar, de distúrbios psíquicos são causadas, tratadas e curadas biologicamente.

Um exemplo desse tipo de lógica “curativa” se encontra no trabalho de Wallauer et al. (1996) e nas discussões acerca dos efeitos benéficos da terapêutica medicamentosa para os “portadores” de TDA/H. Os autores destacam o efeito facilitador dos psicoestimulantes para estes pacientes, na medida em que eles se sentem mais calmos e com maior autocontrole. Discorrem, então, sobre as vantagens de medicar crianças e adolescentes com TDA/H na tentativa de se evitar que eles se tornem usuários de drogas ilícitas. A argumentação feita é a de que o efeito dos psicoestimulantes também regula o self, pois o adolescente experimentaria um alívio ao saber-se portador de uma desordem passível de tratamento. Desse modo, este saber elevaria a auto-estima do paciente por desfazer a conotação moral acerca do problema, geradora de culpa.

De forma contrária a essa argumentação, alguns autores apontam sérias críticas às terapias medicamentosas utilizadas no TDA/H. Os efeitos adversos do uso desse fármaco incluem insônia, dores abdominais, anorexia e perda de peso. O uso continuado em crianças retardaria também o processo de crescimento.

Outras críticas incidem sobre o fato de que drogas ilícitas, como, por exemplo, a cocaína, podem causar um efeito similar ao das drogas regularmente usadas no tratamento. Nessa perspectiva, o uso destas substâncias pode representar para o paciente, durante a adolescência, uma continuidade do efeito produzido pelo metilfenidato (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1986).

Barros (2008) destaca que, em nosso contexto, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o consumo do metilfenidato passou de 23 kg em 2000 para 93 kg em 2005. Nos Estados Unidos, a estimativa é a de que cerca de 3,5 milhões de crianças, adolescentes e adultos fazem uso da referida medicação. Teríamos, então, um panorama de um uso indiscriminado dessa medicação, a qual ocultaria diagnósticos equivocados do TDA/H, sendo que a prevalência dessa postura terapêutica poderia encobrir problemas de ordem emocional ou ocasionados por situações sociais adversas (GRAEFF, 1989; BARROS, 2008).

Entretanto, a visão de Wallauer et al. (1996) continua a predominar no contexto atual, e é um exemplo indefectível de como a atuação medicamentosa da prática médica é convocada para atenuar e apaziguar os conflitos sejam estes de caráter social, político, ou mesmo psíquicos.

No que tange à participação da produção do conhecimento científico psicológico acerca do TDA/H, as pesquisas demonstram que muitos autores seguem orientações comportamentalista (SONUGA-BARKE, 1989; SOUZA; CARVALHO, 1989) e/ou cognitivista (HAZELL et al., 1999). É importante ressaltar que estas duas abordagens são apontadas, pelo discurso médico, como as mais eficazes auxiliares da terapêutica medicamentosa. Isto se deve ao fato de que estes posicionamentos teóricos acatam, sem muita resistência, a argumentação de que a etiologia do TDA/H é orgânica, embora tal concepção não esteja isenta de contradições epistemológicas, ideológicas e, sobretudo, empíricas.

Respondendo, então, a esse chamado, as pesquisas de cunho psicológico aparecem, normalmente, com resultados demonstrando que modificações no ambiente trazem melhoras significativas para os "portadores" de TDA/H. Ancorados nessa premissa, surgem os chamados "manuais" de orientações para pais e professores (TOPCZEWSKI, 1999; ROHDE; BENCZIK, 1999; PETRY et al., 1999), que atingem um grande público de leitores, nos quais se ensina como criar ambientes mais favoráveis e adequados para a redução dos sintomas que compõem o referido quadro.

Assim, de acordo com Guarido (2007), presenciamos crianças e suas famílias sendo submetidas ao domínio de um saber médico-psicológico sem que seus sofrimentos possam ser norteados para outras formas de consideração da subjetividade que não sejam a normalizante e de treinamento. A autora enfatiza que há uma grande aceitação, no interior do discurso pedagógico, dessa "cientificidade médico-psicológica", a qual, baseada na noção de déficit, explicaria os fracassos das crianças na escola, que não seriam capazes de desenvolver competências escolares em virtude de falhas presentes em seu organismo.

De acordo com Collares e Moysés (1992) e Escudeiro (2001), as proposições teóricas/metodológicas do campo médico conceitual acerca de TDA/H, à medida que são divulgadas nas sociedades científicas, adquirem o caráter de falso consenso e cada vez mais nutrem a espiral viciada em torno de uma "verdade" que nunca se comprovou.

Dando continuidade à revisão bibliográfica, deter-nos-emos, pela sua importância, no estudo de Werner (1997), Transtornos hiper-cinéticos: contribuições do trabalho de Vigotsky para reavaliar o significado do diagnóstico, no qual é feita uma análise histórica e crítica da racionalidade moderna e dos modelos da medicina e da psiquiatria vigentes.

Tendo como referência as contribuições dos postulados do autor russo L. S. Vigotsky (1896-1934), o autor analisa os sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade que emergem nas interações sociais das crianças diagnosticadas como "portadoras" de TDA/H. Mediante essa análise, constrói sua tese acerca dos equívocos e pontos falhos dos critérios descritivos adotados para efetuar o diagnóstico. A seguir exporemos, sinteticamente, os principais pontos abordados na pesquisa.

Ao focalizar a problemática da desatenção, o autor retira o cunho organicista da questão e a redimensiona ao analisá-la no campo semiótico no qual será afetada, assim como todas as outras funções psicológicas, pelo uso dos signos. Destaca, então, que a atenção se modificará ao longo do desenvolvimento da criança, pois o sistema simbólico, no qual os sujeitos humanos se inserem por meio das ações compartilhadas, altera radicalmente essa função. Desse modo, chega à seguinte conclusão: a gênese da manifestação dessa alteração depende do contexto, da qualidade da interação social, e também das peculiaridades da mediação do outro ao propor tarefas à criança. De igual forma, o autor aponta que também não se pode pensar a gênese dessas alterações de forma isolada das demais

funções psíquicas – linguagem, pensamento, memória –, pois estas estão permanentemente em conexão.

A partir dessas premissas, Werner (1997) postula que a disfunção da atenção resulta de vários processos sendo, portanto, produto de uma mediação social extremamente complexa e não meramente uma patologia decorrente de um núcleo primário biológico.

No que tange aos sinais de hiperatividade e impulsividade, o autor destaca que ao deslocar o foco da análise do indivíduo e transpô-lo para os contextos intersubjetivos, a conclusão a que se chega é a de que o outro social tem um papel crucial no que se refere à emergência ou não desses traços. Apoiando-se nos postulados de Vigotsky (1994) acerca do papel da linguagem na regulação do comportamento, Werner (1997) destaca que linguagem e ação, na gênese, são separadas. Assim, faz-se necessário um percurso no desenvolvimento para que fala e ação se encontrem e se tornem um amálgama que regulará o sujeito tanto externamente (comportamento) quanto o orientará internamente. Esta passagem, por sua vez, só é possível por meio de uma dinâmica dialógica – interpsíquica – na qual mediações são feitas pelo outro social e possibilitam o processo de internalização da linguagem pela criança, a linguagem passando a ser, então, uma função intrapsíquica.

Desta forma, a linguagem é fundante dos processos psíquicos humanos, à medida que cria as condições para o homem se relacionar com a representação dos objetos possibilitando-lhe, como consequência, o acesso ao processo de abstração. Nessa abordagem, para a criança poder fazer uso da linguagem como um instrumento do pensamento e regulação das próprias ações, deve ser feita uma transição de um discurso socializado para um discurso interior, sendo que haverá, neste processo, uma fase intermediária, denominada fala egocêntrica. A principal função dessa fase é auxiliar no direcionamento das ações, ou seja, a criança fala para planejar e executar sua ação. De acordo com as premissas vigotskianas, tal fato demonstraria que existem, na fala egocêntrica, ao mesmo tempo, características do discurso interior (planejamento, organização) e características do discurso socializado (comunicação, intercâmbio social).

Assim, para Werner (1997), os traços de impulsividade e hiperatividade, igualmente como os de atenção, não podem ser explicados apenas do ponto de vista de um déficit biológico primário (lesão neurológica, disfunção neuroquímica), pois são traços que pertencem a uma complexa esfera da ação voluntária e da linguagem, sendo, portanto, traços de natureza intrinsecamente social e não um distúrbio isolado dos processos intersubjetivos e dialógicos.

Desta forma, as considerações feitas em torno da emergência dos sinais que compõem o TDA/H expressam o fato de a criança ainda não ter consolidado o processo de transição das funções mentais superiores, ou seja, nesta perspectiva, nas crianças com esse diagnóstico médico, tanto a função da atenção quanto a de auto-regulação das ações ainda estariam em processo de transição. Para o autor, a efetivação do processo de internalização dessas funções necessitaria das trocas sociais por meio das mediações semióticas.

Em síntese, o caminho teórico-metodológico adotado por Werner (1997), para investigar o TDA/H, possibilitou uma discussão diferenciada acerca da dicotomia natureza vs. cultura ou biológico vs social. Sua pesquisa, formulada e descrita a partir dos fundamentos epistemológicos da perspectiva histórico-cultural, permite uma reflexão sobre a articulação entre o que é da ordem biológica e da ordem cultural, entendendo que a diluição dicotômica se faz mediante o atravessamento da linguagem nestas duas dimensões, processo fundante do sujeito humano.

À Guisa de Conclusão

Podemos afirmar, a partir da revisão de literatura apresentada, que a construção atual em torno do quadro nosológico TDA/H, bem como a proposta terapêutica medicamentosa de tratamento, praticamente indiscriminada, ilustram a predominância de uma concepção naturalista/biológica do psiquismo humano, nos meios de atenção e cuidado à saúde de crianças e adolescentes.

Em nossa concepção, essa visão merece uma atenção especial, pois pode conduzir a um apaziguamento ilusório da angústia que não implica o sujeito em sua problemática, pois se passa a acreditar, de forma mágica, que as terapêuticas medicamentosas eliminarão todo e qualquer tipo de sintoma ou de sofrimento psíquico, conforme destaca Gherovici (1997).

No caso específico do uso indiscriminado de medicamentos na infância, com o intuito de normatização dos comportamentos e supressão dos sintomas, tem-se o agravante de que a criança pode vir a desenvolver, por meio do aprendizado, a crença mágica de que a ingestão de pílulas pode eliminar qualquer tipo de mal-estar. Tal atitude não permite escolhas e opções que possibilitem à criança criar mecanismos próprios de participação pró-ativa, com implicações para a sua vida adulta, na reversão de suas angústias, problemas e dificuldades.

Em outras palavras, a descrição médica hegemônica de TDA/H e a concepção de "adoecimento" que advém dessa sigla diagnóstica, na contemporaneidade, servem de justificativa para se eclipsar o sujeito e os aspectos intersubjetivos responsáveis pela constituição e/ou cristalização de suas eventuais dificuldades. Assim, ao tentar impedir que o sujeito encontre o valor da palavra que lhe permita falar sobre o seu próprio sintoma, sua história de vida, o discurso da ciência separa o sujeito de sua verdade e o aliena na certeza imaginária do conhecimento científico, submetendo-o aos saberes da hora.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. de; MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. .

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A história não contada dos problemas de aprendizagem. **Caderno CEDES**, n. 28, p. 31-47, 1992.

CONRAD, P.; PETER, C. Situational hyperactivity: a social system approach. **Journal of School Health**, v. 47, n. 5, p. 280-286, 1977.

DSM IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ESCUDEIRO, M. L. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: atribuição de causalidade e diagnóstico. **Revista Pediatria Moderna**, v. 37, n. 9, p. 477- 482, 2001.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

GHEROVICI, P. Mens prozac in corpore xanax: as hesitações da responsabilidade subjetiva nos EUA hoje. **Estilos da Clínica: revista sobre a infância com problemas**, n. 3, p. 15-20, 1997.

GOLFETO, J. H.; VEIGA, M. H. Hipercinesia primária e a adoção. **Revista Pediatria Moderna**, v. 35, n. 1/2, p. 22-28, 1999.

GRAEFF, F. G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo: EPU, 1989.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, v. 33, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-0700100010&lng=em&nrm=iso&tlng=em. Acesso em: 28 abr. 2008.

HAZELL, P. L.; VAUGHAN, J. C.; LEWIN, T. J.; DEWIS, S. A. M.; HEATCOTE, D. M. Effortful and automatic information processing in boys with ADHD and specific learning disorders. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, v. 40, n. 2, p. 274-286, 1999.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEVYET, F.; MCLAUGHLIN, M.; WOOD, C.; HAY, D.; WALDMAN, I. Twin-sibling differences in parental reports of ADHD, speech, reading and behavior problems. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, v. 37, n. 5, p. 569-578, 1996. .

LOPES, R. M. F.; NASCIMENTO, R. F. L. do; BANDEIRA, D. R. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**, v. 4, n. 1, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2008.

MOURA, C. B. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Revista Pediatria Moderna**, v. 35, n. 8, p. 646-652, 1999.

PETRY, A. dos S.; SILVA, C. R. A.; TRAVI, M. G. G. Hiperatividade: características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades. **Revista do Professor**, v. 15, n. 58, p. 47-48, 1999.

ROHDE, L. A.; BENCZIK. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o que é? como ajudar?**Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021.75572004000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mai. 2008.

ROHDE, L. A.; KETZER, C. R. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: FICHTNER, N. (Org.). **Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 106-119.

ROHDE L. A.; MIGUEL FILHO E. C.; BENETTI; GALLOIS, C.; KIELING, C. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2008.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SANTOS, B. de S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 1998.

SCHECHTER, N. L. The baby and the bathwater: hyperactivity and the medicalization of child rearing. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 406-417, 1982.

SONUGA-BARKE, E. J. S. A quantificação da impulsividade na hiperatividade. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, v. 23, n. 2, p. 272-282, 1989.

SOUZA, V. H. P.; CARVALHO, A. M. A. A descrição da movimentação corporal da criança: uma contribuição para a discussão do conceito de hiperatividade. **Boletim de Psicologia**, v. 39, n. 90/91, p. 13 -26, 1989.

TOPCZEWSKI, A. **Hiperatividade: como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VASCONCELOS, M. M.; MALHEIROS, A. F. de A.; WERNER JR., J.; BRITO, A. R.; BARBOSA, J. B.; SANTOS, I. S. O.; LIMA, D. F. N. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 63, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004>. Acesso em: 25 abr. 2008.

VIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WALLAUER, A. P. D.; BICCA, C. H. M.; SALGADO, C. A. I.; NETO, J. A.; ZUBARAN, C.; PECHANESKY, F.; LEMOS, N.; FERREIRA, P. M. Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade e abuso de drogas na adolescência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 18, n. 2, p. 162-169, 1996.

WERNER JR, J. **Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado**. 1997. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, Saúde Mental) – Unicamp, Campinas, 1997.

Endereço para correspondência

Viviane Neves Legnani
E-mail: vivianeleg@abordo.com.br

Sandra Francesca Conte de Almeida
E-mail: sandraf@pos.ucb.br

Recebido em: 06/10/2007
Aprovado em: 04/02/2007
Revisado em: 12/02/2008

¹Artigo oriundo de parte modificada e atualizada da tese de Doutorado da primeira autora, sob a orientação da segunda autora, intitulada "Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: um estudo psicanalítico", Universidade de Brasília (UnB).

²Atualmente, os princípios do **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (American Psychiatric Association**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), publicado originalmente em 1994) são adotados tanto pela Associação Mundial de Psiquiatria como pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Vale ressaltar que essa "adoção", para muitos autores, confere um *status* de respaldo científico ou um caráter de "verdade absoluta" aos referidos princípios.