

TDAH: CONCEITOS VAGOS, EXISTÊNCIA DUVIDOSA

ADHD: VAGUE CONCEPTS, QUESTIONABLE EXISTENCE

ADDH: CONCEPTOS VAGOS, DUDOSA EXISTENCIA

Lygia de Sousa Viégas¹

Ariane Rocha Felício de Oliveira²

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo criticar os discursos científicos que defendem a existência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como doença neurobiológica de origem genética, e que, por conseguinte, apresentam propostas de diagnóstico e tratamento para crianças e adolescentes teoricamente portadores desse suposto transtorno. Para tanto, analisa um conjunto de publicações científicas sobre o tema, disponíveis no Scielo, banco de artigos científicos indexados de grande respeitabilidade, dando enfoque, sobretudo, ao campo da neurologia e da psicologia. As críticas sustentam-se a partir do debate em torno da medicalização da vida. Espera-se, com esse artigo, alimentar o debate sobre a educação medicalizada, contribuindo, assim, para sua superação.

PALAVRAS-CHAVE: TDAH. Medicalização. Análise crítica.

ABSTRACT: This article aims to critically analyse the scientist discourse that defends the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) as a neurobiology disorder of genetic origin and, therefore, present diagnosis and treatment proposals for children that allegedly are bearer of this assumed disease. For this purpose, it gathers a set of scientific publication over the theme, mainly in the psychology and neurology field, wich are the most criticized in the light of the debate surrounding the life medicalization. It is expected with this article to fuel the debate about the medicalized education and to contribute to overcome this situation.

KEYWORDS: ADHD. Medicalization. Critical analyses.

RESUMEN: El presente artículo tiene como objetivo analizar críticamente los discursos científicos que defienden la existencia del Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como enfermedad neurobiológica de origen genética, y, por consiguiente, presentan propuestas de diagnóstico y tratamiento para niños teóricamente portadores de ese supuesto trastorno. Para ello, presenta un conjunto de publicaciones científicas sobre el tema, sobre todo en el campo de la neurología y de la psicología, los cuales son criticados a la luz del debate en torno de la medicalización de la vida. Se espera, con este

¹ Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano; Professora Adjunta da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED - UFBA); Membro da diretoria da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional; Membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. E-mail: lyosviegas@gmail.com

² Psicóloga pela Faculdade Social da Bahia; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia. E-mail: nane_tante@msn.com

artículo, alimentar el debate en torno de la educación medicalizada, contribuyendo, así, para su superación.

PALABRAS CLAVE: ADDH. Medicalización. Análisis crítica.

INTRODUÇÃO

O presente artigo analisa criticamente discursos científicos que afirmam a existência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), defendendo se tratar de uma doença neurobiológica de origem genética. São publicações que propõem formas de diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes supostamente portadores desse suposto transtorno. Na contramão desse olhar, inúmeros autores, de áreas como medicina e psicologia, questionam essa “certeza”, apresentando argumentos consistentes para desconstruir a chamada medicalização dos processos de aprendizagem e desenvolvimento.

Inserido nesse debate, e anunciando a filiação com a leitura crítica da vida medicalizada, este artigo inicialmente situa o debate sobre os processos de medicalização; em seguida, destaca críticas fundamentais sobre o fracasso escolar e sua inter-relação com a medicalização. Posto isso, é possível analisar criticamente alguns artigos que afirmam etiologia, processo diagnóstico e formas de tratamento para o TDAH.

O conceito de medicalização pode ser aplicado às diversas esferas da vida e denota, de modo geral, reduzir problemas sociopolíticos a questões individuais, como uma operação de práticas da saúde em um contexto não terapêutico, mas político-social (GUARIDO, 2010). Medicalizar, portanto, significa deslocar para o campo individual, biológico e da saúde questões que foram produzidas a partir dos aspectos políticos, sociais e culturais mais amplos. Nesse sentido, a questão não se reduz simplesmente ao uso de medicamentos, envolvendo, outrossim, a redução da complexidade da vida para aspectos específicos da saúde, tendo na patologização sua face mais sombria (VIÉGAS; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Com o desenvolvimento da ciência, os comportamentos humanos têm sido estudados a partir do modelo da biologia. Nessa perspectiva, os modos de pensar e agir são resultado do funcionamento cerebral, de neurotransmissores, da genética, etc. Por esse viés, a psicopatologia pretende encontrar finalmente sua cientificidade, de fato e de direito (GUARIDO, 2007). Isso não significa negar a existência de doenças ou deficiências que possam comprometer

o indivíduo. No entanto, segundo Coelho (2012, p. 21),

As questões e dilemas éticos do indivíduo a cada dia menos tem a ver com a sua liberdade e poder de decisão – e mais com as dosagens bioquímicas de seu cérebro e com a indicação de fármacos. Da mesma forma, as sensações, emoções, percepções e estilos de pensar e agir do indivíduo, a estética da existência, está se tornando da alçada das prescrições médicas.

Instrumentada pela farmacologia e pelas neurociências, a medicalização ganhou força e apoio social. Nessa perspectiva, o corpo adocece, pois o funcionamento físico do aparelho humano está deixando de responder da maneira ideal. O ser humano passa a ser visto fora de seu contexto sociocultural, como se fosse possível observar qualquer fenômeno fora das relações que o constituem. Os processos sociais e a compreensão do fenômeno na sua completude desalinham com essa tendência atual.

Para Coelho (2012), essa lógica descontextualiza a doença, negligenciando a compreensão do adoecimento enquanto processo. Ela é considerada, em geral, como um infortúnio. A medicina, então, tem a pretensão de eliminá-lo, uma vez que o médico irá examinar a doença, no sentido de combatê-la, ao invés de avaliar a pessoa que está doente e os diversos fatores que podem ter levado ao adoecimento.

As práticas educativas, ao tomarem como referência tais ideários, operam como extensão dessa lógica, justificando, por meio de processos individualizantes e patologizantes, questões produzidas a partir da forma dominante de organização escolar, a qual guarda compromisso com o modo capitalista de funcionamento social (PATTO, 1990). É a pessoa que não aprende, sendo vista, assim, como a principal ou única responsável pelo insucesso. A partir disso, inicia-se a investigação de seu corpo físico, psíquico, familiar e social, em busca de justificativas para o fracasso escolar.

Com isso, crianças e adolescentes saudáveis que apresentam dificuldades no processo de escolarização estão sendo rotuladas como portadoras de supostas doenças neurológicas, sobretudo o TDAH. Assim, compete àqueles que defendem a diversidade humana denunciar que essa é uma suposta doença, já que “[...] jamais foi comprovada e é intensamente criticada no interior do próprio campo médico” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 72).

No intuito de se contrapor ao discurso hegemônico que é pautado nas teorias biologizantesⁱ, este artigo apresenta recursos conceituais não apenas que criticam o modelo medicalizante de compreensão do fracasso escolar, mas que apresentam modos de compreendê-lo

que rompe com o padrão, na direção da defesa contundente da vida e da diversidade que ela comporta.

MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Os estudos em história e sociologia da educação procuram enfatizar a maneira pela qual o saber médico foi usado para explicar as questões que perpassam o fracasso escolar, bem como buscam analisar como esse saber atravessou a prática educativa de maneira tão intensa (GUARIDO, 2010).

Segundo Patto (1990, p. 9), é necessário conhecer a história da visão sobre educação e aprendizagem em vigor no Brasil para ter uma dimensão concreta sobre o modo de pensar as questões referentes à escolaridade:

Partindo do modo materialista histórico de pensar esta relação é que afirmamos a necessidade de conhecer, pelo menos em seus aspectos fundamentais, a realidade social na qual se engendrou uma determinada versão sobre as diferenças de rendimento escolar existentes entre crianças [...] reunir informações que nos permitam ao menos vislumbrar a filiação histórica das ideias – quer assumam a forma de crenças, quer a de certezas cientificamente fundadas.

A autora afirma que o século XIX é filho de duas revoluções, a política francesa e a industrial inglesa, que marcam a transição do feudalismo para o modo capitalista, reforçando o surgimento de relações de produção inéditas na história. Com isso, florescem justificativas para essa organização social, fundada num abismo brutal entre uma maioria de operários e a acumulação de riquezas da burguesia, calcada na crença de uma sociedade igualitária.

Os primeiros especialistas que se ocuparam de estudar as dificuldades de aprendizagem escolar foram os médicos. O século XIX foi de grande desenvolvimento das ciências médicas e biológicas, contexto em que as crianças que não acompanhavam seus colegas na escola passaram a ser designadas como anormais e as causas do seu fracasso procuradas no organismo. Data dessa época a recomendação de que houvesse uma área especial para os “duros de cabeça” ou idiotas. (PATTO, 1990, p. 41).

Ciências como a Psicologia e a Medicina ajudaram, e ainda hoje reforçam, em seu saber/fazer, a visão de que os mais aptos ocuparão melhores lugares sociais pelas maiores condições de aprendizagem. Essa ideia é sustentáculo do pensamento meritocrático, calcado em uma definição etnocêntrica de cultura, que afirma que normas e habilidades ideais para um

desenvolvimento sadio são as disseminadas pela classe dominante. Tais argumentos negligenciam a desigualdade social inerente ao sistema capitalista, tornando natural e instituída a crença na possibilidade de medir a inteligência e a capacidade individual das pessoas (MARCONDES, 2000).

As atividades da escola, segundo Cagliari (1997), acompanham de perto as atitudes da sociedade. Fora da escola, a sociedade capitalista produz preconceitos sociais, através de discriminação por cor, sexo, costume etc. Na escola, apega-se aos preconceitos que cria, manipulando fatos linguísticos, culturais e intelectuais.

No entanto, a psicologia dominante ignora essas questões, e, diante de alunos que fracassam na escola, prima pela realização de diagnóstico cognitivo, afetivo, pedagógico ou psicomotor, propondo uma série de atendimentos individualizados, reforçando a ideia de que o problema está exclusivamente no aluno, que precisa de tratamento ou acompanhamento fora da escola (PROENÇA, 2010)ⁱⁱ.

Atualmente, psicologia, pedagogia e psicopedagogia encontram novos aliados: com o advento do fortalecimento da genética, da neurologia, da neuropsicologia, os aspectos biológicos voltaram a ser considerados como principal causa dos problemas pedagógicos (PROENÇA, 2010).

Nesse cenário, surgem supostos transtornos para explicar a dificuldade de aprendizagem e/ou de comportamento na escola, nos quais se destaca o TDAH, crescente em diagnósticos em nível mundial. Cabe, portanto, discuti-lo à luz de publicações que se fundam no olhar medicalizante, cuja crítica fundamenta-se em outra visão de mundo.

O QUE TEM SIDO AFIRMADO SOBRE O TDAH?: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Visando ao objetivo de compreender o que tem sido afirmado acerca do TDAH em periódicos científicos indexados, foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações sobre TDAH disponíveis no Scielo, escolha feita pela respeitabilidade e amplo alcance desse portal. Tal levantamento indica um total de 137 artigos, que, em sua maioria, possui um olhar medicalizante. Embora haja um movimento crescente de crítica, apenas 15 artigos apresentam essa perspectiva, nos quais se destaca a autora Luciana Caliman (2008; 2009; 2010).

Não é nosso objetivo fazer uma análise quantitativa exaustiva desse material, mas buscar, do ponto de vista qualitativo, os principais argumentos levantados por aqueles que

partem de um olhar medicalizante, à luz da discussão teórica realizada acima. A partir de tal análise, é possível afirmar que tais artigos organizam-se em três aspectos: a defesa da etiologia do TDAH, a construção de propostas diagnósticas e de tratamento. Destacam-se, ainda, aqueles que abordam o tema partindo do pressuposto de que é uma doença neurológica, fundando-se na proposta de diagnósticos e tratamentos. Assim, a presente análise respeitará tal organização, tecendo críticas a cada um desses eixos. Considerando nossos objetivos, o presente artigo apresenta sua análise a partir da leitura das publicações de Brant e Carvalho (2012), Damiani, Damiani e Casella (2010), Pastura et al. (2011), Rohde et al. (2000), Rohde e Halpern (2004), Souza e Ingberman (2000) e Vasconcelos et al. (2005). Trata-se, reiteramos, de um recorte, com vistas ao debate sobre a presença da medicalização dos modos de comportamento.

A etiologia do TDAH

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade, que tendem a diminuir na fase adulta. Rohde et al. afirmam que é o transtorno mais comum na infância, cuja prevalência situa-se entre 3 e 6% em crianças com idade escolar (ROHDE et al., 2000).

Em relação à neurobiologia, artigos citam estudos que abrangem diferentes áreas cerebrais. Porém, em suas conclusões explicitam que são estudos em desenvolvimento e não se pode taxar uma relação direta entre ambos, o que vemos em trechos como “Apesar de a neurobiologia do TDAH ainda não ser totalmente compreendida [...]” (DAMIANI; DAMIANI; CASELLA, 2010) e "Although there are still some inconsistencies between studies [...] In order to make the findings more robust, studies are needed involving a larger number of subjects in prospective way" (PASTURA et al., 2011). De fato, Moysés e Collares (2010) afirmam que há 113 anos são formuladas hipóteses neurológicas de transtornos que acometeriam a aprendizagem e/ou o comportamento, as quais jamais foram comprovadas.

No que se refere ao fator genético, os artigos não sabem especificar qual gene seria o responsável pela manifestação do TDAH. Os principais direcionamentos dos estudos são os genes que codificam componentes do sistema dopaminérgico, noradrenérgico e serotoninérgico (ROHDE; HALPERN, 2004). Porém, embora o receptor da dopamina seja o neurotransmissor mais estudado, não há uma resposta que seja suficiente para correlacionar o

suposto transtorno a fatores genéticos:

Mesmo em relação à genética, intensamente investigada, os resultados são bastante contraditórios. *Nenhum dos genes investigados, nem mesmo o DRD4 ou o DAT1, pode ser considerado como necessário ou suficiente ao desenvolvimento do transtorno* (ROHDE; HALPERN, 2004, p. 63, grifos nossos).

Segundo Benasayag (2011), as investigações da hipótese do déficit de dopamina no TDAH não contam com uma definição sólida e concluída. Desse modo, a afirmação de uma causa genética fica apenas nos estudos que apontam que pessoas com pais desatentos teriam maior probabilidade de apresentar esse mesmo comportamento.

Para Moysés e Collares (2010), pesquisas que envolvem estudos neurológicos e genéticos do TDAH não se utilizam de uma amostragem bem definida e não se preocupam em como o diagnóstico foi elaborado. A regra é submeter pessoas com o diagnóstico a exames de neuroimagem atrás de algo diferente, que logo é transformado em sinal de doença, comprovando sua existência. As novas tecnologias trazem consigo “Uma enxurrada de pretensas provas do defeito, do que não funciona, e de suas pretensas causas” (p. 83). As investigações buscam encontrar defeitos anatômicos, funcionais e genéticos, mas nada conseguiram sustentar através de pesquisas. Mas ainda que ficasse comprovada a relação entre as características do TDAH e algum gene, isso não provaria que se trata de uma manifestação patológica. Segundo as autoras, na racionalidade médica, a comprovação de que um conjunto de sinais, sintomas, alterações constitui uma doença passa por outros caminhos e não pela relação direta.

No entanto, muitos pesquisadores de verve medicalizante insistem em analisar a química cerebral como sendo o centro de todo o universo humano. Nesse modo de pensar, o cérebro ocupa o lugar das instâncias emocionais, que, quando entram em sofrimento, são resultado de um desequilíbrio químico, sendo as perturbações psíquicas privilegiadas nesse enfoque: “o sofrimento transformado em transtorno, o medo em excitação da amígdala, a angústia em movimentos moleculares no interior do espaço sináptico” (GUARIDO, 2010, p. 28).

No que tange o conceito do TDAH, o que se pode afirmar a partir das pesquisas é que sua definição é vaga e parte de premissas não comprovadas. Se os fatores genéticos não foram elucidados, e a neurobiologia nada conseguiu comprovar, como pode estar afirmado na sua conceituação que se trata de um transtorno neurobiológico de causa genética?

Embora o quadro seja o pintado acima, curiosamente, a ABDA e autores que

defendem o TDAH afirmam que se trata de um transtorno legítimo, por ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde. Se tomarmos como base que “legitimar um transtorno significa torná-lo consenso no meio científico e na sociedade como um todo” (PEREIRA, 2009, p. 49), podemos, então, afirmar que o transtorno não é legítimo, uma vez que existem diversos autores, inclusive da ciência médica, que não compactuam com o conceito e nem com os demais aspectos referentes ao TDAH. Portanto, sem consenso, não há legitimidade. De antemão, estamos tratando aqui de um transtorno que não foi legitimado. Conceito vago, existência duvidosa.

O diagnóstico do TDAH

Tendo analisado a etiologia, cabe aprofundar a crítica em torno do diagnóstico do TDAH. Considerando que ele se baseia no DSM-IVⁱⁱⁱ, vale um recuo para o que está posto no mesmo, o que faremos apoiados em Rohde et al. (2000), grandes divulgadores do TDAH no meio psiquiátrico brasileiro.

Para esses autores, há uma “tríade sintomatológica clássica”, caracterizada por “desatenção, hiperatividade e impulsividade”. Com relação à desatenção, são indicativos os seguintes “sintomas”:

Dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; e ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias (ROHDE et al., 2000, p. 7).

No caso da hiperatividade, as características mais presentes são:

Agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; pela dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar frequentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”; e falar em demasia (ROHDE et al., 2000, p. 7).

Finalmente, são sintomas de impulsividade: “frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez; e frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros” (ROHDE et al., 2000, p. 7).

Focalizando o DSM-IV, os autores afirmam existir três tipos de TDAH: predomínio de desatenção (mais frequente em mulheres); predomínio de hiperatividade/impulsividade; e combinado. Se o primeiro e o último produzem maior prejuízo à vida escolar, no segundo, as crianças são mais agressivas, tendendo, portanto, à rejeição por parte dos colegas. Por fim, o tipo combinado é mais frequentemente associado a sintomas de oposição e desafio, sendo que ele traz mais prejuízos ao funcionamento global da criança.

Tendo apresentado os sintomas que envolvem cada uma das facetas desse “transtorno”, os autores salientam que os mesmos podem advir de variadas situações problemáticas, tanto no âmbito da vida pessoal, como do sistema educacional. Assim, um diagnóstico preciso do TDAH deve envolver a coleta de informações com a criança/adolescente, seus pais e a escola. Para tanto, são considerados os seguintes aspectos: escalas objetivas, especialmente a de Swanson, Noman e Pelhan, o SNAP-IV^{iv}; avaliação neurológica (por meio dos exames de neuroimagem) e testagem psicológica (com destaque para o WISC-III).

É sabido que o SNAP-IV tem sido enfatizado nesse processo. Trata-se de um questionário de dezoito perguntas, as nove primeiras sobre desatenção e as últimas, hiperatividade e impulsividade. Para cada item, a pessoa deve responder “Nem um pouco”, “Só um pouco”, “Bastante” e “Demais”. O diagnóstico é confirmado caso a pessoa responda “bastante” ou “demais” a seis perguntas de cada item, sendo o diagnóstico feito por predominância: no caso do primeiro bloco, há déficit de atenção; no segundo bloco, hiperatividade e impulsividade. Se a resposta for “bastante” ou “demais” aos dois blocos, trata-se de comorbidade. Para além do questionário, os autores enfatizam que “para o diagnóstico do TDAH é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança” (ROHDE et al., 2000, p. 7), dando algumas “pistas” em relação à presença do transtorno: duração; frequência e intensidade; persistência; o prejuízo à vida social da criança ou adolescente; e o entendimento do significado do sintoma na vida dos mesmos.

Com relação à duração, os autores afirmam que as crianças com TDAH “normalmente” apresentam tais sintomas desde a idade pré-escolar; em outros casos, há de se considerar “um período de vários meses de sintomatologia intensa”. Isso porque a existência de sintomas “por curtos períodos” ou mesmo desencadeados em um contexto psicossocial específico (como a separação dos pais) pode não ser indicativa de um quadro de TDAH.

No que se refere à frequência e intensidade, os autores afirmam que sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade podem ocorrer também em “crianças normais”, o que conduz o diagnóstico à necessidade de que “pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade descritos acima estejam presentes frequentemente na vida da criança” (ROHDE et al., 2000, p. 8).

Quanto à persistência, os autores destacam que os sintomas devem “ocorrer em vários ambientes da vida da criança (por exemplo, escola e casa) e manterem-se constantes ao longo do período avaliado” (ROHDE et al., 2000, p. 8). Se eles comparecem em apenas um ambiente, é necessário avaliar se tais comportamentos não respondem à dinâmica própria daquela situação.

No que diz respeito ao prejuízo significativo na vida da criança ou adolescente, destacam que os sintomas “podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou de temperamento do que um transtorno psiquiátrico”, caso não estejam afetando a qualidade de vida da criança ou adolescente. Finalmente, enfatizam ser fundamental compreender o significado que o sintoma tem na vida da criança ou do adolescente, a fim de verificar se o mesmo “correlaciona-se com o constructo básico do transtorno” (ROHDE et al., 2000, p. 8).

Posto isso, é possível perceber que a avaliação é vaga, já que calcada em critérios nada objetivos, o que se explicita nas expressões “pouco”, “demais”... Trata-se de um julgamento subjetivo, que não atende aos critérios de cientificidade.

Entrando especificamente no conjunto de perguntas feitas, questionamos: como alguém pode medir ou estabelecer como critério que se brinque de forma calma? Ou que aguarde calmamente o outro terminar de perguntar para, então, responder, quando programas infantis de televisão premiam quem responde mais rápido, valorizando a “mente veloz”? Com esses critérios vagos e, no mínimo, estranhos, todos podem perfeitamente se encaixar no perfil. Tomando por base que quem procura especialistas para fazer o teste já está praticamente convencido de que há um problema, de que maneira não se influenciar com questões como essas? Será coincidência que o número de pessoas com diagnóstico de TDAH subiu de 500.000 em 1985 para 7.000.000 em 1999? (MOYSÉS; COLLARES, 2010)

No entanto, ignorando indicadores sociais, o discurso médico hegemônico defende que esse crescimento exorbitante de pessoas diagnosticadas resulta do progresso no conhecimento do transtorno. Nesta perspectiva, como afirma Pereira (2009, p. 13):

O TDAH é um *fato biológico e atemporal* e, se o número de diagnóstico aumenta, é porque o transtorno estava sendo subdiagnosticado e os portadores privados, portanto, dos benefícios que o conhecimento sobre o transtorno e seu tratamento trariam para suas vidas. [...] Nesta visão, o fato médico é uma *realidade independente, definitiva, não condicionada por fatores temporais e sociais*; é um *evento puramente objetivo* e sua descoberta resulta do *progresso das ciências que o investigam* (grifos nossos).

Na contramão desse olhar, concordamos com Welch, Schwartz e Woloshin (2007), que em publicação no *The New York Times*, destacam que vivemos hoje uma verdadeira epidemia de diagnósticos, e não de doenças. Diagnóstico vago, para um transtorno de existência duvidosa.

O tratamento do TDAH

A despeito da enorme polêmica em torno do TDAH, muitos profissionais nas áreas psi (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas e psicopedagogos) têm se dedicado a tratar crianças e adolescentes diagnosticados. Tal tendência se revela na bibliografia acadêmica, onde há inúmeras publicações a respeito.

Novamente, destaca-se Rohde et al. (2000, p. 9), que, marcados por um olhar psiquiatrizante do comportamento, defendem que o tratamento “envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas”. No caso do tratamento medicamentoso, recomendam o metilfenidato (que no Brasil é vendido sob o nome fantasia Ritalina ou Concerta), com posologias e análises pouco familiares àqueles que não têm formação médica.

Quanto às intervenções psicossociais, as mesmas envolvem os familiares, a escola e as próprias crianças e adolescentes. No que se refere aos familiares, afirmam ser necessário informá-los de forma clara e precisa a respeito do transtorno, sugerindo um “treinamento de pais”, “a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos” (ROHDE et al., 2000, p. 9).

No que diz respeito às intervenções no âmbito escolar, elas devem focalizar o desempenho do aluno, quando destacam alguns “ideais”: “sala de aula bem estruturada, com poucos alunos”; “rotinas diárias consistentes e ambiente escolar previsível”; “estratégias de ensino ativo que incorporem a atividade física”; tarefas curtas e “explicadas passo a passo”; “atendimento individualizado”; aulas de reforço escolar; “acompanhamento psicopedagógico

centrado na forma do aprendizado”; e, em alguns casos, “tratamento reeducativo psicomotor”. Ainda sugerem que o aluno seja “colocado na primeira fila da sala de aula, próximo à professora e longe da janela, ou seja, em local onde ele tenha menor probabilidade de distrair-se” (ROHDE et al., 2000, p. 9-10).

Finalmente, indicam que as crianças e adolescentes sejam submetidos à psicoterapia individual, recomendando expressamente a abordagem cognitivo-comportamental, pois há “maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia)”. No entanto, concluem que há “uma eficácia superior da medicação nos sintomas centrais do transtorno quando comparada à abordagem psicoterápica e ao tratamento comunitário”, defendendo que “o tratamento medicamentoso adequado é fundamental no manejo do transtorno” (ROHDE et al., 2000, p. 10).

Na mesma direção do que foi proposto pelo grupo de psiquiatras, Souza e Ingberman (2000, p. 4) defendem que “um tratamento mais eficaz para um TDAH envolve a combinação de medicamento e psicoterapia”. Sendo psicólogas, no entanto, dedicam-se a apresentar o tratamento psicoterápico, que, novamente em convergência com os psiquiatras, segue a abordagem cognitivo-comportamental, com enfoque nas técnicas, sugerindo: treinamento de autoinstrução, treinamento na resolução de problemas sociais, automonitoração, autoavaliação e autoreforço.

Análise panorâmica das publicações acadêmicas acerca do tratamento do TDAH desvela que a maior parte focaliza tal tratamento com contornos tecnicistas, ou seja, perdem de vista a imbricada relação entre a prática sugerida e as concepções teórico-metodológicas que lhe dão sustentação. Assim, é possível notar que muitos psicólogos atuam em uma perspectiva meramente técnica, deixando em segundo plano seus aspectos filosóficos e epistemológicos. Ao operar com essa lógica, o psicólogo acaba lidando com a temática à luz de uma escola genérica, abstrata, e, portanto, idealizada, demonstrando seu desconhecimento concreto da realidade da escola brasileira, que está longe de ser ideal. Com isso, perde de vista a riqueza de possibilidades em torno das contribuições da psicologia para compreender e intervir no fenômeno analisado.

De fato, qualquer pesquisador que se disponha a conhecer a vida diária escolar, vai deparar-se com uma realidade a partir da qual a escola participa ativamente da produção do fracasso escolar (PATTO, 1990). No caso da rede pública de ensino, trata-se de escolas com infraestrutura precária, com professores mal remunerados e mal formados, e afogadas por ondas sucessivas de políticas públicas educacionais que desconsideram o fazer diário, bem como os desafios concretos e estratégias utilizadas para seu enfrentamento (VIÉGAS; RIBEIRO, 2014).

Considerando que o principal tratamento para os diagnosticados com TDAH segue sendo o medicamentoso, cabe aprofundamento nesse aspecto. Segundo Moysés e Collares (2010), remontamos ao ano de 1937, e mais especificamente ao neurologista americano Bradley, que, apesar de fundamental nos rumos da pesquisa e tratamento dos problemas de comportamento infantil, permanecerá oculto nos anais da história. Considerado o “responsável por um dos experimentos mais antiéticos da história da medicina”, tal neurologista “realizou experiências em crianças e adolescentes abrigados em asilos e orfanatos, dando-lhes drogas psicotrópicas – calmantes e anfetaminas”, cujos efeitos colaterais, “em especial a dependência química”, eram amplamente conhecidos, o que produzia a expressa não recomendação de seu uso em crianças (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 77). As autoras prosseguem:

A partir de experiências mal explicadas, sem o mínimo de rigor metodológico – nem falemos em ética –, assim podemos resumir suas conclusões: usando anfetamina, todas as crianças com problemas de comportamento ou aprendizagem apresentaram melhora significativa e persistente de todos os sintomas. Realizava-se o sonho prometido pela indústria farmacêutica: um remédio que melhoraria todos, de tudo e para sempre! Resultado jamais atingido por seus seguidores e que deve ser olhado com a devida cautela, para não dizer descrédito. Quem desrespeita seres humanos respeita dados? Respeita seus pares? (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 77).

De fato, sua hipótese ganhou “vida autônoma, transmutada em teoria não questionável, a justificar que crianças e adolescentes normais sejam introduzidos no terreno da dependência química, pela prescrição médica de psicotrópicos” (MOYSÉS; COLLARES, 2010, p. 77).

São muitas as pesquisas e artigos científicos que falam dessa droga tarja preta. Entre 1983 e 2000, publicaram-se mais de 1.400 artigos apenas sobre o tratamento com psicoestimulantes (VASCONCELOS et al., 2005). Muitos parecem negligenciar o que a

substância é de fato e o que ela pode causar no organismo infanto-juvenil.

Moysés e Collares (2010) denunciam que o metilfenidato possui estrutura química semelhante a da cocaína, aumentando os níveis de dopamina no cérebro pelo bloqueio de sua recaptação nas sinapses. Sendo a dopamina o neurotransmissor responsável pela sensação de prazer, o cérebro torna-se dessensibilizado a situações prazerosas comuns da vida.

Benasayag (2011) partilha estudo sobre a eficácia do metilfenidato, denunciando que houve aumento de dopamina durante a execução de tarefas descritas pelas crianças como prazerosas e interessantes e diminuição com o cansaço e atividades menos motivadoras, tanto no grupo que ingeriu a medicação como no que fez uso de placebo.

Viégas, Gomes e Oliveira (2013) afirmam que a própria bula da Ritalina explicita que “seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado” (p. 274), bem como que a etiologia do TDAH “é desconhecida e não há teste diagnóstico específico” (p. 272).

Se a eficácia do medicamento é posta em suspeição pela própria bula, isso não se repete na lista de reações adversas, que são reais e concretas. Novamente citando Moysés e Collares (2010, p. 176), “as reações adversas do MPH [metilfenidato] são inúmeras e bastante graves, ao contrário do que costumam afirmar os que defendem seu uso. Afetam praticamente todos os aparelhos e sistemas do corpo humano”. As reações mais comuns são: desconforto abdominal, náuseas, azia, perda de apetite e de peso e insônia. Em relação ao sistema nervoso central, cita psicose, alucinações, agitação, depressão e até suicídio. Destaca-se, ainda, o prejuízo ao crescimento de crianças, enfatizado na bula e presente em publicação de Damiani et al. (2010), bem como de Faraone et al. (2008 apud MOYSÉS; COLLARES, 2010).

No entanto, à revelia das críticas feitas inclusive por aqueles que apostam que o TDAH é uma doença neurológica, com o aumento de diagnósticos, veio o aumento de pessoas tratadas com medicamento psicoestimulante. Em termos mundiais, o número de pessoas medicadas com Ritalina em 2007 era 6.000.000, sendo 4.750.000 crianças e, delas, 3.800.000 meninos. Só nos EUA, país que representa 80% do seu consumo mundial, houve um aumento de 600% entre 1990 e 1995 na produção e consumo da droga, entre 1990 e 2000, a fabricação do metilfenidato cresceu mais de 800% (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

No caso do Brasil, pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo constata que estamos em segundo lugar no *ranking* dos maiores consumidores mundiais de

metilfenidato. A produção da droga cresceu 485% entre os anos de 2002 e 2006. Dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos mostram que, de 2000 a 2008, a venda de caixas de metilfenidato saltou de 71 mil para 1.147.000 (MOYSÉS; COLLARES, 2010) No mercado da medicalização da vida, foram arrecadados R\$ 101,7 milhões no período de 2011 e 2012, valor equivalente a 2.010.197 caixas de medicamentos.

Como se pode perceber através desses dados, a indústria farmacêutica obteve e obtém um lucro exorbitante. Podemos pensar que esse é um dos pilares para a ratificação da própria existência do suposto transtorno, o que não significa que ela seja a única responsável pela manutenção do diagnóstico do TDAH; há também todos os outros fatores citados anteriormente. No entanto, a crítica pelo viés da indústria farmacêutica se faz necessária, uma vez que o transtorno é uma estratégia de venda altamente rentável, o que a faz assumir o papel de parceira indispensável na rotulação de crianças e adolescentes.

A indústria farmacêutica se mostra nesse contexto como peça fundamental para que a estrutura de olhar biologizante se perpetue. A relação íntima entre tal indústria e a medicina é vista como estratégia de criar e vender doenças, a fim de que os lucros sejam acrescidos e sigam em uma crescente (BRANT; CARVALHO, 2012). Benasayag e Dueñas (2011) afirmam que, com a ajuda do *marketing*, novos medos, novas epidemias, foram criados e são fabricadas sob medida. Isto permite que algumas farmacêuticas acumulem grandes benefícios econômicos. “Primero se lanza una droga al mercado, luego se le asigna una enfermedad” (BENASAYAG; DUEÑAS, 2011, p. 19).

O fato é que o metilfenidato tem sido vendido como o “solucionador” dos problemas de hiperatividade e da falta de atenção, sem saber exatamente que efeito ele produz no organismo, a partir de que mecanismo, nem como isso repercute no sistema nervoso central. Há de se pensar o motivo pelo qual o remédio já foi comercializado antes mesmo de comprovações técnicas básicas. Por enquanto, a alternativa mais plausível é que existe um forte interesse financeiro.

Posto isso, chamamos à reflexão: se os efeitos não estão claramente estabelecidos, como pode a medicação estar em alta circulação, sobretudo sendo receitada para crianças e adolescentes? Vale a pena indicar droga tão pesada para “tratar” um “transtorno” de conceito vago e existência duvidosa? Para um diagnóstico vago, de um transtorno vago, um tratamento duvidoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise crítica das questões concernentes à medicalização da vida e da educação, bem como os aspectos que se referem ao TDAH, aponta para o predomínio recente na busca de padronização de todo e qualquer comportamento humano, incluindo os processos de desenvolvimento e aprendizagem. Os diagnósticos de TDAH estão inseridos nessa visão, calcada na lógica médica biológica, neurobiológica. A partir desse prisma, qualquer fenômeno pode ser traduzido para algo potencialmente físico, orgânico.

No entanto, defendemos enfaticamente que é preciso romper com essa forma de compreender as questões humanas (e aqui se incluem as de escolarização), conceber as demandas sociais, políticas, culturais, dentre outras, desvelando tanto os processos de produção dos fenômenos, quanto os fatores que fazem os profissionais de saúde (pois não é uma questão apenas da medicina) e da educação identificarem determinados comportamentos ou dificuldades como sinais e sintomas de doenças e/ou transtornos.

Uma visão muito simplista dos processos da aprendizagem e do comportamento parece estar em vigor. No entanto, há muito se discute o quanto tais aspectos são muito complexos para serem reduzidos a sinapses, corpo biológico e/ou genes. Somos seres humanos, portanto, subjetivos, imersos na história e na cultura.

A medicalização da educação tem servido como base para o processo de patologização das questões educacionais, tirando de foco os reais problemas da escola e da própria sociedade. Esse fenômeno torna crianças e adolescentes impotentes diante de seus sofrimentos e aprendizagens. Além disso, escola e professores confrontam-se com a desresponsabilização sobre o que se passa com os alunos. A contrapartida é que se tornam impotentes na superação dos problemas enfrentados, enfraquecendo a luta pela melhoria das condições de trabalho, peça-chave para a melhoria da qualidade do ensino oferecido, e, portanto, da aprendizagem e adesão dos alunos às regras escolares.

Vale reiterar que não estamos negando que as pessoas lidam de forma diferente com a aprendizagem, nem tampouco afirmamos que não existem dificuldades de escolarização. Porém, questionamos, ao lado de importantes autores, que a diversidade seja lida na chave da doença, sobretudo de abordagem neurológica. E indagamos sobre o interesse que está por trás da necessidade de tornar as diferenças doenças e/ou transtornos.

Há um forte jogo de interesses políticos e financeiros na manutenção dos diagnósticos e tratamentos e, por que não dizer, da própria sustentação da existência desses transtornos. Se politicamente é interessante defender uma visão naturalizada de sociedade, deslocando os questionamentos para o campo das patologias; do ponto de vista financeiro, a indústria farmacológica está fazendo fortuna com a venda de remédios para pessoas com diagnósticos de TDAH e tantos outros supostos transtornos do aprendizado.

Finalmente, enfatizamos que não é objetivo desacatar as ciências médicas, como se não fossem levados em conta os aspectos importantes dos avanços das pesquisas biológicas e médicas no tratamento das doenças. Igualmente não tem como intenção criticar o desenvolvimento da tecnologia e da farmácia no diagnóstico e tratamento de doenças que outrora não tinham cura e/ou controle. O que criticamos aqui é como as ciências citadas estão dominando a vida cotidiana das sociedades capitalistas e como a transcurso biologicista de homem está tomando força no discurso social e sendo especulada e concretizada pela mídia.

O TDAH, foco principal desse artigo, mostra-se vago desde a sua conceituação, pois parte de duas premissas não comprovadas. Seus critérios diagnósticos se apresentam ainda mais vagos do que o conceito e não há consenso sobre sua existência entre os profissionais ligados à área. Porém, ainda assim, o diagnóstico e o tratamento crescem de maneira vertiginosa.

No que diz respeito ao uso do metilfenidato, chama a atenção que até entre os defensores do seu uso há o destaque para o fato de que ainda se faz necessário aprofundar os estudos sobre as consequências dos medicamentos e seus efeitos de longo prazo.

O debate acerca da medicalização da vida e da educação, dos diagnósticos que se atém em explicar os problemas de escolarização, como o TDAH, é o modo que temos de nos contrapor a esse reducionismo da vida a aspectos orgânicos. É também o meio pelo qual temos a oportunidade de resistir a essa onda de criação, disseminação e venda de doenças, na direção de novos olhares que respeitem a diversidade.

Notas

ⁱ A crítica é da biologização da vida e não da biologia, tampouco dos importantes avanços dos estudos provenientes dessa área. Como destacam Moysés, Collares e Ribeiro (2013, p. 15-16), a biologização caracteriza-se pela “redução da vida, em toda sua complexidade e diversidade, a apenas um de seus aspectos – células e órgãos, tornados estáticos e deterministas”. Contrário a esse reducionismo, “a biologia é o campo da ciência que estuda a vida e reconhece que irregularidades e imprevisibilidade são características marcantes da vida, de todo e qualquer organismo vivo, de todo e qualquer processo vital”. Nesse sentido, a “concepção positivista e determinista se alicerça em um paradigma que

deveríamos chamar de anti-biológico”, pois supõe que todos os aspectos da vida são “determinados por estruturas biológicas que não interagiriam com o ambiente”.

ⁱⁱ Vale destacar que apostamos na potencialidade do atendimento clínico da queixa escolar, desde que ele não reproduza a lógica patologizante. Interessantes sugestões nesse sentido foram publicadas em Angelucci (2007).

ⁱⁱⁱ Destacamos que agora o DSM encontra-se na sua quinta edição, mas como afirma a própria ABDA, não há diferença significativa no que se refere ao TDAH. Além disso, lembramos que há também o CID 10, no qual esse suposto transtorno é referido como “hipercinético”.

^{iv} Chama a atenção que o SNAP-IV está disponível no *site* da ABDA, para que a família possa imprimi-lo e levá-lo ao professor; no entanto, como o diagnóstico definitivo só pode ser feito por um profissional, apresentam uma lista de cadastrados para esse fim. Os profissionais que têm cadastro no site são médicos, psicólogos e fonoaudiólogos, os quais pagam anuidade para manter o cadastro ativo. O site divulga que para se cadastrar o profissional precisa preencher um formulário disponibilizado no site, anexar o currículo e indicar o número de registro no conselho regulador. Dentre os pré-requisitos para a aprovação do cadastro estão a exigência de dois anos de atendimento a pessoas com TDAH e a participação dos profissionais nos eventos da ABDA.

REFERÊNCIAS

ANGELUCCI, C. B. Por uma clínica da queixa escolar que não reproduza a lógica patologizante. In: SOUZA, B. P. (Org.). *Orientação à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 353-378.

BENASAYAG, L. Diagnósticos en la infancia: complejidad de las problemáticas actuales. In: BENASAYAG, L. (Org.). *ADDH. Niños com déficit de atención e hiperactividad: una patología de mercado?* Buenos Aires: Noveduc, 2011. p. 89-106.

BENASAYAG, L.; DUEÑAS, G. Invención de enfermedades. In: BENASAYAG, L.; DUEÑAS, G. (Org.). *Invención de enfermedades: tradiciones a la salud y a La educación. La medicalización de la vida contemporânea*. Buenos Aires: Noveduc, 2011. p. 19-42.

BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. *Interface*, 2012, v. 16, n. 42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 jan. 2014.

CAGLIARI, L. C. O príncipe que virou sapo. In: PATTO, M. H. S. (Org.) *Introdução à psicologia escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 193-224.

CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro, 2009, v. 21, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/16.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

_____. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, 2010, v. 30, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005. Acesso em: 30 jan. 2014.

_____. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 2008, v. 13, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

COELHO, J. R. *A tragicomédia da medicalização: A psiquiatria e a morte do sujeito*. Natal: Sapiens, 2012.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; CASELLA, E. Hiperatividade e Déficit de Atenção – O tratamento prejudica o crescimento estatural? *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* São Paulo, 2010, v. 54, n. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000300003. Acesso em: 30 jan. 2014.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 27-40.

_____. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2014.

MARCONDES, A. M. Avaliação psicológica na educação: mudanças necessárias. In: TANAMACHI, E.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. (Org.) *Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 143-167.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 71-110.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L.; RIBEIRO, M. C. *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

PASTURA, G. et al. Advanced techniques in magnetic resonance imaging of the brain in children with ADHD. *Arq. Neuropsiquiatria*. São Paulo, 2011, v. 69, n. 2a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2011000200020&lng=pt&nr=m=iso&tlng=en. Acesso em: 29 jan. 2014.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: TA Queiroz, 1990.

PEREIRA, C. S. C. *Conversas e controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico e educacional brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 2009. Disponível

em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4001/2/000041.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

PROENÇA, M. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 57-68.

ROHDE, L. A. et al.. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, Supl. II, p. 7-11, 2000.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 2004, v. 80, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

SOUZA, E. M. L.; INGBERMAN, Y. K. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. *Interação em Psicologia*, v. 4, p. 23-37, jan./dez. 2000.

VASCONCELOS, M. M. et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq. Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 63, n. 1. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000100013. Acesso em: 30 jan. 2014.

VIÉGAS, L. S.; GOMES, J.; OLIVEIRA, A. R. F. Os equívocos e acertos da Campanha 'Não à Medicalização da Vida'. *Psicologia em Pesquisa* (UFJF), v. 7, p. 266-276, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a14-livre1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2014.

VIÉGAS, L. S.; RIBEIRO, M. I. S. A produção da queixa escolar no contexto da educação básica: reflexões sobre o fracasso escolar e a medicalização da educação. In: TENORIO, R. M.; FERREIRA, R. S. (Org.) *Educação básica na Bahia: das políticas ao cotidiano da escola*. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 293-320.

WELCH, G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. O que está nos deixando doentes é uma... epidemia de diagnósticos. *The New York Times*, 02 jan. 2007. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954>. Acesso em: 30 jan. 2014.

Recebido em dezembro de 2013

Aceito em março de 2014