



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO



**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:**

A construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar

Recife

2015

CLARISSA CRISTINA GONÇALVES CORREIA

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:**

A construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos

Recife

2015

Catálogo na fonte

Bibliotecária Maria do Carmo Paiva, CRB4-1291

C824t Correia, Clarissa Cristina Gonçalves.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e representações sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar / Clarissa Cristina Gonçalves Correia. – Recife: O autor, 2015. 140 f. ; 30 cm.

Orientadora: Profª. Drª. Maria de Fátima de Souza Santos. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia, 2015. Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Pais. 3. Crianças. 4. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade. 5. Representações sociais. I. Santos, Maria de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2015-15)

CLARISSA CRISTINA GONÇALVES CORREIA

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e representações sociais: A construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 04/02/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima de Souza Santos
(orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Renata Lira dos Santos Aléssio
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Rafael Moura Coelho Pecly Wolter
(Examinador Interno)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida e por me guiar em meio a este mundo que pode ser tão belo, mas também tão sombrio e complexo. A meus pais, João e Jane, que formaram uma família pautados na luta, no esforço, na dignidade e na honestidade, e que passaram valores essenciais ao ser humano, influenciando fortemente na pessoa que sou hoje. À minha irmã Débora, por me ensinar lições de humildade, companheirismo, parceria e amor profundo, por estar sempre ao meu lado. Aos meus avós, João, Juracy, João Correia (in memoriam) e Benedita (in memoriam), pelo carinho, cuidado, mimos e aprendizados, simplesmente por existirem e terem existido como base de meu caminho. A todos vocês, o que sou, vos devo.

A Bruno, meu amor, meu parceiro, meu incentivador de todos os momentos. Por me apoiar em todas as escolhas que fiz e nas que ainda quero fazer, por me ajudar a construir uma estrutura de vida sólida e, ao mesmo tempo, flexível, que me dá a segurança para que eu possa continuar ousando e tentando trilhar caminhos que podem não ser fáceis, mas serão recompensadores. Sei que, com ele, tudo fica mais leve.

A Fátima Santos, minha orientadora, mestra, exemplo de vida e de dedicação à profissão, desde a graduação e, espero eu, por muitas e muitas outras aventuras ao longo dessa jornada, por acreditar em mim e me ensinar mais que Psicologia, ciência e pesquisa, mas como associar tudo isso a uma vida pautada na ética, na integridade, na alegria e no otimismo. Às professoras Renata Aléssio, Karina Vasconcelos e Fátima Cruz, e ao professor Rafael Wolter, pela disponibilidade e por suas valiosíssimas contribuições a esse trabalho nos processos de elaboração, qualificação e defesa, e que o tornaram muito melhor do que ele seria.

Aos todos os envolvidos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, dos professores aos funcionários, por terem me dado a oportunidade única de aprender com cada um, tendo a estrutura necessária para o desenvolvimento de um trabalho o melhor possível. Aos meus colegas da Turma de 2013, por terem satisfeito, mais do que eu esperava, a minha vontade de voltar à universidade e trocar academicamente e afetivamente com pessoas únicas. Em especial a Felipe, Juliana, Patrícia, Natália, Shirleidy e Angelita, que com toda doçura, carinho,

cumplicidade e risadas, força e incentivo, me tornaram uma aluna, pesquisadora e amiga melhor.

Aos membros do LabInt, discentes e docentes, por me acolherem nos momentos de dúvidas e preocupações, por terem me ouvido e ajudado durante a realização dessa pesquisa, em especial, Fátima, Renata, Karina, Livia, Edclécia, Danyelle, Manoel, Yuri, Raíza e Fernanda. Às minhas lulas, companheiras de graduação e de caminhada, Mariana, Melina e Raíssa, por mesmo na correria do cotidiano, ainda sentir o carinho e o afeto presentes em meu coração. À Comissão Organizadora da VIII Jornada Internacional sobre Representações Sociais, pela realização de um árduo, mas imensamente gratificante trabalho, em especial à nossa Comissão de Recepção, Amanda e Larissa, e por ter vivido momentos enriquecedores durante o evento, conhecendo e ouvindo de pertinho todas as minhas 'Referências Bibliográficas'.

Aos meus amigos da vida, Ana Regina, Camila, Mariana, André, Thiago, Fábio e Carlinhos, que me apoiam em tudo, me fazem crescer e sonham comigo; às minhas queridas Mirela, Nathália e Renata, por estarem sempre presentes; à Rafaela, Gabriel, Gabriela Martins, Felipe, Carolina, entre os demais amigos que o NAP me deu e que nada me tira; à Natália Vilar, Rafael, Pedro, Marina, Felipe Lemos e outros amigos que vieram 'de brinde' com o meu namorado, mas que agora já tomei para mim, e incentivam e vibram a cada conquista minha. Aos meus sogros, Márcio e Valdinete, meus cunhados Rodrigo, Gabriela, Márcio, Maria Cícília e José Murilo, por serem cada vez mais minha família, e torcerem pelo meu sucesso e minha felicidade. Aos meus tios, primos, primas, por serem a minha alegria.

À Unimed, que me auxiliou durante esses dois anos, flexibilizando meus turnos de trabalho; aos meus pacientes, que compreenderam por diversas vezes os meus cansaços e meu horário apertado por conta das aulas e da pesquisa; aos meus colegas da empresa, que me deram força e coragem durante toda essa minha trajetória, especialmente à Ana Catarina, Adrielle, Cora, Débora, Flávia, Eliane, Karlena, Juliana, Maria Eliene e Thereza. Ao Colégio Apoio, por ter me permitido realizar as entrevistas com seus clientes; a todos os pais e mães que me dedicaram um pouco de seu tempo, acreditando na minha pesquisa, e participaram desse estudo, meus mais profundos agradecimentos.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou ainda o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento pediátrico, caracterizado por disfunções nos mecanismos da atenção, flexibilidade e atividade. Envolve controvérsias e polêmicas sobre etiologia, epidemiologia e tratamento na área da saúde, tornou-se objeto de debate nos meios de comunicação e vem sendo frequentemente utilizado para categorizar crianças no âmbito do senso comum. Observa-se a passagem de um conhecimento científico para o senso comum e a construção de novos saberes que podem ser compreendidos a partir da Teoria das Representações Sociais. O objetivo do estudo é investigar os saberes construídos por pais de crianças em idade escolar para dar sentido ao TDAH. Realizaram-se entrevistas audiogravadas, com 09 pais de crianças sem diagnósticos de TDAH (Grupo 01) e 08 pais de crianças diagnosticadas (Grupo 02); e levantamento de matérias de revista de grande circulação nacional. Os dados foram analisados por Análise de Conteúdo e ALCESTE, respectivamente. No Estudo A, o Grupo 01 não tem implicação com o objeto e os saberes por ele construído não constituem RS. O Grupo 02 representa o TDAH como um transtorno, marcado pela desatenção e agitação, prejudicial ao desempenho escolar e às interações do sujeito, tratado por medicação e terapias. No Estudo B, as matérias enfatizam os conhecimentos científicos sobre diagnóstico, sintomas e tratamento, e sua vulgarização. As informações que circulam na imprensa parecem servir como ancoragem para o Grupo 02.

Palavras-chave: Representações Sociais, Pais, TDAH.

ABSTRACT

Attention Deficit/ Hyperactive Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that affects children. It's characterized by a dysfunction in the brain mechanisms that regulate attention, reflexes and activity. ADHD is involved in disputes and controversies about etiology, epidemiology and treatment. The disorder has been discussed by the media and has frequently been used to popular culture. The Theory of Social Representation can be used to study the transmission of scientific knowledge to popular culture and the construction of new knowledge. The objective of our study is to investigate what parents of school children know about ADHD. In part A of our study, we interviewed nine parents of children without ADHD symptoms (Group 1) and eight parents of children that were diagnosed with the disorder (Group 2). We analyzed the data collected using Content Analysis. In part B, we studied magazine reports from important Brazilian magazines using the software ALCESTE. In part A, the knowledge the parents in Group 1 have about ADHD do not form social representations because they have no involvement with the subject. The parents in Group 2 see ADHD as a disorder characterized by lack of attention and restlessness that affects the school performance of children. They also believe that ADHD affects children's personal interactions, and that the disorder can be treated by drugs and therapy. In part B of our study, we observed that the reports focus on the scientific knowledge about the diagnosis, the symptoms and the treatment, and how they are perceived by the population. It appears that parents in Group 2 use these reports to form their opinion.

Key words: Social Representation, Parents, ADHD.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção

ALCESTE – Analyse de Lexèmes Cooccurrent dans les Enoncés Simples d’un Texte

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA – American Psychiatric Association

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP-UFPE – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco

CFCH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas

CID-10 – Código Internacional de Doenças, 10º edição

CID-12 – Código Internacional de Doenças, 12º edição

DAE – Drug Enforcement Administration

DDA – Distúrbio de Atenção

DSM-II – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2º versão

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4º versão

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5º versão

DVD – Digital Versatile Disc

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio

LabINT – Laboratório de Interação Social Humana

PPGP – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

RS – Representações Sociais

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDA – Transtorno de Déficit de Atenção

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TRS – Teoria das Representações Sociais

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Publicações sobre o TDAH disponíveis no SciELO	42
Gráfico 2 – Publicações sobre o TDAH disponíveis no Banco de Teses da CAPES	42
Gráfico 3 – Publicações sobre o TDAH disponíveis na BVS	42
Figura 1 – Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente sobre o TDAH na imprensa	102

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 CONTEXTUALIZANDO O TDAH NA SOCIEDADE	20
1.1 O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	20
1.2 A Constituição Sócio-Médica do TDAH	22
1.3 O TDAH e a Medicalização do Comportamento	26
1.4 A Infância e o TDAH	30
1.5 A Família e o TDAH	34
1.6 O TDAH e suas Polêmicas, Práticas e Comunicação Social	37
2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O TDAH COMO OBJETO DE ESTUDO	44
2.1 A TRS: dos conceitos, postulados, finalidades e funções	44
2.2 Processos de Constituição das RS: ancoragem e objetivação	47
2.3 Sistemas de Representações Sociais	48
2.4 A Ciência e o Senso Comum	50
2.5 Sistemas de Comunicação Social	52
3 ESTUDO A: SABERES E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TDAH POR PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR	57
3.1 Percurso Metodológico	57
3.1.1 Participantes e Local da Pesquisa	57
3.1.2 Procedimentos de Construção dos Dados	61
3.1.3 Procedimentos de Análise dos Dados	61
3.2 Resultados e Discussões	63
3.2.1 O Grupo 01	63
3.2.1.1 Sobre a Infância	64
3.2.1.2 Sobre o TDAH	67
3.2.2 O Grupo 02	72
3.2.2.1 Os Prenúncios de um Sistema de Representações Sociais	72
3.2.2.2 Sobre o TDAH	78
3.2.2.2.1 O Que é e de Onde Vem: doença ou transtorno?	78
3.2.2.2.2 Como é e o Que Causa: características e consequências	81
3.2.2.2.3 Como se Resolve: o tratamento	85

3.2.2.2.4 Onde se Fala: como e onde estão circulando os saberes	93
4 ESTUDO B: O TDAH E A IMPRENSA	100
4.1 Percurso Metodológico	100
4.1.1 A Revista	100
4.1.2 Procedimento de Construção dos Dados	101
4.1.3 Procedimento de Análise dos Dados	101
4.2 Resultados e Discussões	102
4.2.1 Bloco I – Classes 04, 05 e 06: o discurso científico sobre o TDAH	103
4.2.2 Bloco II – Classes 02, 03 e 01: a publicização dos conhecimentos produzidos cientificamente	107
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
6 REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	128
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	132
APÊNDICE C – Matérias Analisadas e Datas de Publicação	134
ANEXOS	137
ANEXO A – Critérios Diagnósticos para o TDAH (DSV-IV)	138
ANEXO B – Parecer Cosubstanciado do CEP	140
ANEXO C – Carta de Anuência da Instituição de Ensino	142

INTRODUÇÃO

Esse estudo surgiu a partir das minhas observações, enquanto Psicóloga Clínica, da crescente quantidade de pacientes que chegavam até o Serviço de Psicologia no qual atendo e também em meu consultório particular, trazendo demandas de dificuldades de aprendizagem ou de comportamentos ‘inadequados’ de seus filhos, e que diziam se tratar de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. A maioria deles chegava a partir de encaminhamentos da escola, alegando que a criança destoava do restante da classe, pelo seu desempenho escolar abaixo do esperado e/ou por suas dificuldades de interação com os colegas e professores. Por diversas vezes, os pais¹ já iniciavam a exposição de suas demandas afirmando a existência do transtorno em seu filho, o que me despertou a atenção em saber o que esses pais pensavam sobre o TDAH e porque achavam que seus filhos apresentavam sinais em seu comportamento que justificasse o diagnóstico.

Para a definição do objeto e dos objetivos dessa pesquisa, foi realizado inicialmente, entre os meses de maio e junho de 2013, um levantamento de produções científicas brasileiras sobre o tema. Foram acessados bancos de dados virtuais, o Banco de Teses da CAPES; o SciELO; e a Biblioteca Virtual em Saúde, a fim de se localizar tais produções. Esses foram escolhidos por abarcarem grande número de publicações, e por terem confiabilidade reconhecida pela comunidade acadêmica. Dividiu-se essa revisão em dois blocos: o primeiro, focado em compreender como se deu a construção do tema TDAH ao longo dos anos, a partir da análise das publicações científicas; e o segundo, centrado nos estudos mais recentes, dos últimos 05 anos, a fim de que se pudesse entender quais as questões em voga atualmente sobre o tema.

No primeiro bloco de análises, foram consideradas todas as produções que tinham como tema central o TDAH, restringindo também a regionalidade dessas (Brasil). Assim, foram encontradas 278 teses no Banco de Dados da CAPES, 130 artigos no SciELO e 85 produções na BVS. O português foi a língua predominante utilizada na escrita das publicações, seguido pelo inglês (especialmente nos achados da

¹ Onde lê-se ‘pais’, entender por pais e/ou mães. O termo ‘pais’ foi adotado apenas como uma forma reduzida, mas compreende-se a importância de marcar que não se referem apenas a seres do sexo masculino.

BVS) e em menor escala, espanhol. Isso também foi constatado ao se considerar as produções nos últimos 05 anos (segundo bloco de análises). Ao se analisar a periodização das publicações, percebe-se como estudos sobre o tema, com essa denominação, são recentes. Observou-se o grande crescimento no número de publicações sobre a temática, a quantidade de publicações nos últimos 05 anos praticamente se igualou ao que foi produzido desde o início dos estudos, nos portais, e viu-se também que os objetos de pesquisa vão mudando com o tempo. Foi possível e assaz interessante perceber, nessa análise, os pesquisadores se tornando proeminentes na área, construindo seus estudos, a partir do número de produções e atividades (artigos, livros, participações em bancas e etc.). Isso ajudou a selecionar os materiais que são relevantes.

No tocante às áreas do conhecimento, as Ciências Médicas têm grande importância nos estudos sobre o TDAH. Inicialmente, quase que a totalidade das pesquisas era em Neurologia e Psiquiatria (em menor número, em Clínica Médica e Pediatria) e os objetos mais estudados eram a avaliação neuropsicológica, as comorbidades possíveis com o TDAH, os manejo clínico/tratamento, o comportamento dos portadores, a etiologia do transtorno e sua epidemiologia, as formas de diagnóstico e os fármacos possíveis de utilização e suas implicações. Gradualmente, outras áreas do conhecimento foram se apropriando do tema, surgindo estudos em Psicologia, Educação, Fonoaudiologia, Genética, Saúde Coletiva, Educação Física, Letras, Nutrição, Engenharias, Serviço Social, Sociologia, Música, entre outros. Os objetos de pesquisa também foram se expandindo, como família, aprendizagem, linguagem, motricidade, memória, alimentação, qualidade de vida, afetividade, fatores de risco, conhecimento e prática sobre o transtorno, medicalização e construção do tema na história. É notório que, com o passar tempo, o tema foi sendo estudado por um número cada vez maior de ciências, o que originou uma grande interdisciplinaridade.

Nos últimos 05 anos, mais especificamente, ainda há certo predomínio das Ciências Médicas, Psicologia e Educação, mas vale ressaltar o grande avanço das últimas em um curto espaço de tempo. As tensões mais observadas no campo são as relacionadas ao uso de fármacos e seus efeitos; as diferentes técnicas e enfoques para avaliação neuropsicológica, diagnóstico e tratamento; a influência social no desenvolvimento do transtorno; a etiologia; a discussão sobre a medicalização na área; e

o manejo das dificuldades de aprendizagem. Além disso, se observou uma preponderância das questões relacionadas ao tipo predominantemente desatento. Nas Ciências Médicas, o enfoque dado às pesquisas foi mais organicista, e na Psicologia e na Educação, mais psicossociais ou mistos. As estratégias metodológicas mais utilizadas foram as entrevistas, os testes psicométricos e exames médicos, observações de campo e revisões de literatura.

Sobre o TDAH, desde primeira citação na literatura médica dos sintomas hoje descritos como característicos, muitas modificações já foram observadas, inclusive em sua denominação. O interesse pelo tema vem se tornando cada vez mais frequente nas últimas décadas, tanto pela ciência quando pelo público em geral, devido às altas taxas de prevalência na infância e as polêmicas e controvérsias que o assunto sugere. O TDAH é um constructo polissêmico: a Psiquiatria e a Neurologia entendem-no como um transtorno neurobiológico marcado pelo funcionamento inapropriado dos mecanismos que regulam a atenção, flexibilidade e atividade. Algumas abordagens da Psicologia Clínica, como a abordagem clínica Cognitivo-Comportamental, compreendem-no como uma limitação no desenvolvimento de estratégias cognitivas, as quais serão desenvolvidas por meio de uma série de intervenções próprias da teoria.

Na mesma medida, há estudiosos que tecem críticas relacionadas ao diagnóstico essencialmente clínico e aos critérios baseados prioritariamente na intensidade e frequência dos sintomas de desatenção, impulsividade e agitação motora. O fato de não haver dados conclusivos sobre a etiologia do transtorno e sua epidemiologia, além de o tratamento ser essencialmente medicamentoso, mesmo se tratando de crianças, torna o campo polêmico. A Gestalt-Terapia, por exemplo, nem inclui este conjunto de características que caracterizam o TDAH como uma psicopatologia, mas como uma expressão da subjetividade de cada indivíduo.

É a família a instituição responsável pela socialização primária da criança e pela sua proteção e cuidado. Os vínculos que se estabelecem dentro desse contexto familiar são de fundamental importância no desenvolvimento infantil, em seus aspectos afetivos, cognitivos, sociais, culturais e físicos. São os pais quem observam as características das crianças e/ou recebem indicações de outros sobre seus comportamentos. São eles que procuram ajuda especializada para seu filho quando concluem que uma situação pode estar prejudicando o curso típico do desenvolvimento; e que dão início e seguimento ao

tratamento proposto pelos profissionais de saúde e educação quando uma condição de transtorno é verificada. Entretanto, a grande maioria dos estudos sobre o TDAH e a prática clínica de grande parte dos profissionais e serviços de saúde desconsideram os saberes, as demandas e as vivências que eles têm sobre o tema e como eles lidam com a criança.

Neste sentido, propõe-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, pois ela se detém sobre os significados criados pelos participantes e pelos grupos para entender e explicar a realidade e sua implicação nela. O TDAH, como um objeto polimorfo e relevante para determinado grupo, gera novas práticas sociais e mobiliza comunicação social, sendo possível que se construam representações sociais sobre tal objeto. Essas construções ocorrem no intuito de tornar conhecido, familiar, aquilo que é estranho, ausente, o que ainda não é apropriado pelo grupo. Desse modo, se pode agir sobre o mundo e sobre o outro, norteadando suas ações. Nesta perspectiva, o desenvolvimento de estudos que enfoquem a compreensão dos saberes circulantes sobre o TDAH por dado grupo possibilita reflexões sobre o objeto. Assim, originou-se o presente estudo que tem como objetivo investigar, a partir da TRS, os saberes que pais de crianças em idade escolar (06 a 12 anos) constroem para dar sentido ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).

A presente dissertação está dividida em capítulos. Inicialmente, no capítulo, intitulado **Contextualizando o TDAH na Sociedade**, serão abordados: o TDAH em sua concepção neurobiológica, sua história e definição de acordo com os manuais de Neurologia e Psiquiatria, os sintomas característicos, frequência observada na população, forma de diagnóstico e tratamento; a constituição sócio-médica do TDAH, nos Estados Unidos, no mundo e no Brasil; as críticas direcionadas ao TDAH usando como referência o fenômeno de medicalização do comportamento; a construção da infância enquanto categoria social ao longo do tempo e suas relações com o TDAH, por ele se instalar nessa época; a família como espaço essencial para socialização e desenvolvimento da criança, e suas implicações em uma pretensa situação de transtorno mental; e as polêmicas, práticas e comunicações sociais que envolvem o objeto em questão.

O capítulo seguinte, **A Teoria das Representações Sociais e o TDAH como Objeto de Estudo**, se centra nos conceitos e postulados da TRS; suas finalidades e

funções; nos processos de constituição das representações sociais, a ancoragem e a objetivação; nas bases da abordagem processual desenvolvida por Denise Jodelet; na proximidade ao objeto como um dos fatores que influenciam a construção de representações sociais; na existência de um provável sistema de representações sociais ao se estudar um objeto; aos tipos de conhecimento do senso comum; e os diferentes sistemas de comunicação social preconizados por Moscovici.

No **Estudo A: saberes e representações sociais do TDAH por pais de crianças em idade escolar**, serão apresentados o percurso metodológico elaborado para a realização do estudo; os resultados construídos relativos aos entrevistados, os pais de crianças em idade escolar, e que foram divididos em dois grupos, o Grupo 01 composto por pais de crianças que não tem diagnóstico do transtorno, e o Grupo 02, formado por pais de crianças que foram diagnosticadas com TDAH e são reconhecidas com tal. Serão analisados e discutidos os saberes sobre infância e sobre o transtorno, e possíveis sistemas de representação.

O penúltimo capítulo, o **Estudo B: O TDAH e a Imprensa**, retrata um estudo realizado a partir da coleta e análise dos conteúdos de matérias de um veículo de comunicação de massa, a Revista Veja, na intenção de investigar se há relação entre tais e as representações construídas pelo grupo. Por fim, as **Considerações Finais** retomam os objetivos das pesquisas e os resultados construídos que dão respostas a esses, explicitando as contribuições que o estudo pode trazer para a área, e novas possibilidades de investigação que se abrem a partir das conclusões da pesquisa.

1 CONTEXTUALIZANDO O TDAH NA SOCIEDADE

1.1 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Apresentando sintomas estudados pelas ciências da saúde há mais de um século, o que atualmente se denomina Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é foco de interesse crescente na sociedade, bastante difundido principalmente nas últimas décadas (CALIMAN, 2010). É considerado pela medicina como o distúrbio do neurodesenvolvimento pediátrico que mais afeta a infância, com taxa de prevalência entre 3% e 7% (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005); e um dos temas mais estudados em crianças em idade escolar. (VASCONCELOS *et al.*, 2005). Estima-se que ele se configure como uma das principais demandas levadas aos serviços de saúde mental especializados nessa faixa etária (ROHDE *et al.*, 2004). Nos EUA, de 30% a 50% dos encaminhamentos de crianças para tais serviços são por sintomas de TDAH, sendo relacionados diretamente ao fracasso escolar e a dificuldades profissionais, nos adultos (SADOCK; SADOCK, 2008, apud LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011).

Desde o seu aparecimento na literatura médica, o que hoje se entende como TDAH foi foco de diferentes pesquisas, em épocas distintas e com explicações e nomenclaturas também diversas (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). O transtorno foi inicialmente descrito por George Still, pediatra, em 1902, como “Defeito de Controle Moral”. Na década de 1940, a designação foi alterada pra “Lesão Cerebral Mínima”, e já em 1962 modificada novamente para “Disfunção Cerebral Mínima”, pois se entendia que as alterações características da síndrome estavam mais relacionadas a disfunções nas vias nervosas que decorrente de lesões.

Em 1968, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-II) nomeou esse transtorno de “Reação Hiperkinética”, marcada por níveis intensos de atividade motora (ROHDE; HALPERN, 2004). O DSM-III, na década de 1970, passou a denominá-lo como “Distúrbio de Atenção” (DDA), podendo ou não ter a hiperatividade. Em 1987, o DSM-III-R retornou a ênfase também na hiperatividade, alterando a nomenclatura para “Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Vale ressaltar que o último Código Internacional de Doenças (CID-10), publicado em 1993, segue a denominação dada pelo DSM-II, de “Transtorno Hiperkinético” (ROHDE; HALPERN, 2004).

Em 1994, foi apresentada uma revisão da publicação anterior, o DSM-IV-Rtm, e com ela, uma alteração na nomeação do transtorno para “Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade” (SANTOS; VASCONCELOS, 2010), a qual se manteve na versão mais recente, o DSM-V, divulgada no ano de 2013. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (1995²), O TDAH é um quadro neurobiológico marcado pelo desempenho inapropriado dos mecanismos que regulam a atenção, flexibilidade e atividade. Sua característica essencial é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais intenso e frequente do que aquele comumente observado em sujeitos em nível similar de desenvolvimento. Os sintomas devem ser percebidos antes dos 12 anos (DSM-V), embora o diagnóstico e tratamento possam ser realizados após essa idade, e devem ser preenchidos outros critérios diagnósticos (ver ANEXO A). Existem três subtipos, o “Tipo Combinado”, o “Tipo Predominantemente Desatento” e o “Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo”. Apesar dos avanços tecnológicos nas ciências médicas, não há testes laboratoriais, exames de imagem ou físico estabelecidos como diagnóstico conclusivo na avaliação do transtorno, sendo esse fundamentalmente baseado em critérios clínicos.

A despeito do aumento constante no número de estudos sobre o tema, o TDAH e seus desdobramentos não são consenso na área científica. Sua etiologia ainda é incerta (ROHDE; HALPERN, 2004): há pesquisadores afirmando que o transtorno é fundamentalmente genético e neurobiológico, o que é sugerido por estudos que estimam herdabilidade superior a 70% (RHODE; HALPERN, 2004); e outros defendendo que ele é essencialmente ambiental, produto de uma cultura acelerada ao extremo e marcada por uma maciça estimulação sensorial (DEGRANDPRE, 2000 apud LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011). Apesar da grande quantidade de estudos realizados, como já dito, não se conhecem as causas precisas do TDAH, ainda que a influência dos fatores citados acima em seu desenvolvimento seja amplamente aceita na literatura especializada (RHODE; HALPERN, 2004).

² Até o momento desse estudo, será usado como referência para a publicação oficial da APA o DSM-IV-RTM. Sabe-se da existência última versão, o DSM-V, publicado em 2013, mas o fato dele ser recente ainda restringe seu acesso direto ao grande público. O uso da versão anterior não acarreta prejuízos para a pesquisa, pois o único critério diagnóstico alterado versa sobre a idade limite para aparecimentos dos sintomas, passando de 07 anos para 12 anos na versão atualizada, limite esse que será adotado para a presente pesquisa.

Os achados referentes à epidemiologia também são diversos. Há estudos que estimam maior prevalência em sujeitos do sexo masculino, com proporção variando em 2:1 a 3:1 em estudos populacionais, e até 9:1 em estudos clínicos (RHODE; HALPERN, 2004). Ainda de acordo com os autores, a escassez de estudos que investiguem a prevalência do transtorno de acordo com o nível socioeconômico e em etnias que não a caucasiana não permite conclusões claras. Ao se analisar diferentes países, a epidemiologia é desigual dentre os diferentes contextos nacionais já estudados, o que pode sugerir que o TDAH também pode ser influenciado por fatores culturais (DEGRANDPRE, 2000, apud LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011).

Indo além, o fato de o diagnóstico ser essencialmente clínico também é fonte de críticas. DeGrandpre (2000, apud LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011) postula que os principais sintomas do TDAH são vagos e virtualmente indistinguíveis de problemas cotidianos, sendo contextodependentes, o que daria margem para interpretações variáveis dos profissionais de saúde, baseadas principalmente nos relatos dos que atuam ao redor da criança. Por fim, a maioria dos estudos e dos profissionais médicos que conduzem o tratamento recomenda que ele seja preferencialmente medicamentoso (VASCONCELOS *et al.*, 2005). Contudo, esse tratamento não seria potencialmente curativo, mas sim uma terapêutica sintomatológica de longo prazo, baseada no uso de fármacos com potencial de abuso; e não há consenso sobre quais implicações isso teria em longo prazo no desenvolvimento neuropsicológico da criança (LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011), gerando inúmeras controvérsias em torno do TDAH.

1.2 A CONSTITUIÇÃO SÓCIO-MÉDICA DO TDAH

Expondo anteriormente algumas das polêmicas ao redor do TDAH, talvez a discussão primeira sobre esse transtorno fosse sobre a sua própria definição. A depender do referencial adotado, cada área do conhecimento postula diferentes enfoques e concepções sobre este conjunto de características que a Psiquiatria denomina TDAH. De fato, esse se constituiu no bojo das ciências médicas, mas acabou por extrapolar esse espaço e hoje é objeto de estudo das mais diversas áreas e também constituído por elas.

E para entender como isso pôde acontecer, é fundamental compreender como o TDAH se tornou a patologia psiquiátrica mais estudada nas últimas décadas e como isso repercute na sociedade de modo geral, tanto a científica como a ‘leiga’.

Segundo Caliman (2006), em artigo no qual discute a constituição sócio-médica do ‘fato TDAH’, na década de 1990, o TDAH, com essa denominação, foi oficialmente apresentado ao ser incluído no DSM-IV e o mundo assistiu a uma explosão publicitária sobre o transtorno e sobre a Ritalina, o medicamento mais conhecido na época para tratar distúrbios de atenção. Esse é um dos nomes comerciais do metilfenidato, um psicoestimulante do sistema nervoso central, até hoje o psicotrópico de primeira escolha pra o caso (ROHDE; HALPERN, 2004), sintetizado primeiramente em 1944, na Suíça, e patenteado em 1954, se disseminando ao redor do mundo, comercializado inicialmente como um psicoestimulante leve (ITABORAHY; ORTEGA, 2012).

Livros sobre o assunto foram alçados à categoria de *best-sellers* e o público interessado aumentou consideravelmente, inclusive englobando o adulto TDAH, trazendo um novo aspecto para o transtorno, a cronicidade (CALIMAN, 2009). Por anos, psiquiatras e psicólogos consideraram que apenas crianças eram acometidas pelo transtorno, acreditando que ele desapareceria à medida que elas crescessem e chegassem à idade adulta. Mas pesquisas posteriores passaram postular que 40% dos adultos, podendo chegar a 70%, continuavam apresentando os sintomas (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005). Começaram a haver intensos debates sobre os direitos da criança com TDAH na legislação americana, buscando garantir assistência financeira federal e local à educação especial de crianças com problemas de aprendizagem, fazendo com que o indivíduo com o referido transtorno fosse reconhecido como detentor de direitos civis específicos.

Os estudos sobre o tema seguiram em amplo crescimento, inclusive os realizados pelos órgãos governamentais, principalmente nos Estados Unidos, onde além de mapas epidemiológicos – em 2003 foi publicado um mapa o qual indicava que aproximadamente 4,5% dos indivíduos entre 04 e 17 anos estavam sob medicação – pesquisas estatísticas relacionadas à economia eram produzidas. Os resultados das análises sobre as perdas econômicas relativas ao TDAH, como gastos com seguro saúde, consultas, tratamento e medicamentos, e especialmente, sobre a criminalidade, empregabilidade, e acidentes automobilísticos provocados por sujeitos acometidos pelo

transtorno, indicavam que o TDAH deveria ser considerado um fator de risco, uma ameaça para a segurança e produtividade social e individual da nação. Assim, essa questão começou a ser vista como uma preocupação pública (CALIMAN, 2009).

Nessa conjuntura, a interpretação biológica da criminalidade ganhou mais enfoque e diversos serviços do estado, como o Instituto Nacional de Saúde Mental, passaram a se dedicar a identificar crianças propensas a apresentar comportamentos desviantes e a desenvolver estratégias que poderiam prevenir tais comportamentos. E o TDAH, marcado como uma patologia da impulsividade, hiperatividade e desatenção, estava intimamente relacionado a esse cenário de risco social. O número de diagnósticos não paravam de aumentar e em 2004, o estado americano oficialmente reconheceu-o como um dos problemas mais graves e importantes de saúde pública, abrangendo de 3% a 7% das crianças e adolescentes em idade escolar e 4% dos adultos. Para ajudar a visibilidade sobre o transtorno, foi instituído o dia 07 de setembro como o ‘Dia da Consciência Nacional sobre o TDAH’.

Ainda segundo Caliman (2009), se percebe que o ‘fenômeno TDAH’ tomou forma na nação americana, mas o que se observou foi uma rápida expansão internacional. O assunto se tornou foco de matérias jornalísticas dos mais importantes veículos de comunicação de massa do mundo e passou a aparecer na pauta de organizações políticas internacionais. Mas, à medida que se espalhava, virou também foco de inúmeras contradições e polêmicas. A legitimidade do diagnóstico começou a ser questionada por vários estudiosos, além da mídia e do público leigo. Os aumentos exponenciais do número de casos e, conseqüentemente, no uso de psicoestimulantes; e na quantidade de processos visando à concessão de direitos possibilitou o surgimento de uma série de suspeitas.

Diante das polêmicas e desconfianças geradas em torno do tema, em janeiro de 2002, estudiosos do TDAH, associações e instituições governamentais assinaram um Consenso Internacional, o qual se propunha a atestar a veracidade do diagnóstico. A intenção era reafirmar a legitimidade da natureza biológica cerebral da patologia, afastando todas as questões econômicas, políticas, sociais e morais envolvidas no contexto de construção do “fato TDAH”, como chama Caliman (2009). Apesar disso, como já dito anteriormente, as críticas atuais ainda residem, em sua maioria, na

etiologia do transtorno; na clínica diagnóstica; nas diferenças das taxas de prevalência em diferentes países e culturas; e no tratamento.

No Brasil, os primeiros estudos sobre o TDAH disponíveis em portais de periódicos e teses, assim como matérias voltadas para o público em geral, remontam ao final da década de 1980 e à década de 1990. Os estudos, desenvolvidos principalmente nas ciências médicas e psicológicas, e as produções jornalísticas, seguiram a tendência americana de se deter, inicialmente, sobre o diagnóstico, os possíveis sintomas, etiologia e tratamento. Com o passar do tempo e com a efervescência de discussões, em âmbito mundial, sobre a legitimidade do transtorno e seus desdobramentos (terapias, medicações, possibilidades de cura e etc.), essas temáticas também vão tomando lugar nos escritos nacionais. Por exemplo, segundo Itaborahy e Ortega (2012), é a partir de 2005 e 2006 que matérias que levantam questionamentos sobre a utilização do metilfenidato se tornam mais frequentes. Ainda de acordo com os mesmo autores, oficialmente (de acordo com dados informados pela ANVISA), o metilfenidato começou a ser comercializado no país em 1998.

À medida que o tema foi se expandindo na ciência médica e obtendo repercussão social, outras áreas do conhecimento também começaram a se interessar por ele: além da própria Medicina, as ciências afins, a Psicologia, Saúde Coletiva, Fonoaudiologia, Educação, Serviço Social, Sociologia, Informática, entre outras. Indo adiante, os objetos de pesquisa passaram a mudar, pois até então, o foco era, de maneira geral, a avaliação neuropsicológica, comorbidades do TDAH, manejo clínico e tratamento, comportamento dos indivíduos, etiologia e epidemiologia do transtorno, formas de diagnóstico e nas possibilidades de intervenção farmacológica. A família, processos de aprendizagem, qualidade de vida, afetividade, fatores psicossociais, medicalização do comportamento, concepções e práticas de profissionais de educação e de saúde também se tornaram alvo de estudos sistemáticos. Ou seja, o sujeito com transtorno começou a ser visibilizado e pesquisado, e não apenas o transtorno que lhe acometeu, assim como os demais que convivem cotidianamente com ele. Hoje, se pode reconhecer a interdisciplinaridade no estudo do TDAH.

Dentre as áreas que passaram a focar o tema, a Psicologia e a Educação se destacam como grandes produtoras de conhecimento. Estudos importantes vêm sendo desenvolvidos, cada um com enfoques e concepções específicas. Por exemplo, a

abordagem clínica cognitivo-comportamental compreende o TDAH como uma deficiência de estratégias cognitivas, as quais serão desenvolvidas por meio de uma série de intervenções próprias da teoria (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Ainda no campo da clínica, a Gestalt-Terapia nem inclui tal conjunto de características que compõem o TDAH como uma psicopatologia, mas sim como uma expressão da subjetividade de cada participante (CALIMAN, 2010).

A reverberação que o TDAH causa nos processos de aprendizagem, devido aos seus sintomas serem mais evidentes no contexto escolar também impulsionaram a Educação à buscar maior apropriação sobre ele. Grande parte dos diagnósticos é determinada após a introdução da criança na escolarização formal, sendo a escola quem mais reconhece a possibilidade da existência do transtorno e o encaminha para avaliações subsequentes. Uma relação bastante estreita entre possíveis patologias que prejudicariam os processos de aprendizagem e o fracasso escolar foi sendo construída nesse meio. Segundo Gomes *et al.* (2007), em um estudo realizado com 405 médicos e 100 psicólogos, entre outros grupos, sobre o conhecimento que se tem sobre o TDAH no Brasil, os profissionais afirmaram que, em média, 60% dos pacientes atendidos foram indicados pela escola.

1.3 O TDAH E A MEDICALIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Uma questão importante posta neste campo da saúde mental é a medicalização da vida e do comportamento. Essa encontra seu espaço nas tênues fronteiras entre a Educação/Psicologia/Saúde, onde ideais higienistas continuam se renovando. É corriqueiro para o profissional de saúde mental atender uma grande demanda de queixas sobre “problemas de aprendizagem” ou “problemas de disciplina”, como o TDAH sugere, e esses são prioritariamente justificados a partir das características individuais ou familiares das crianças, deslocando o eixo da preocupação do social para o individual apenas. O conceito de medicalização foi criado por Ivan Illich, em 1975, usado para descrever a invasão cada vez maior pela medicina, em áreas da vida individual. Todas as etapas da vida humana se tornaram objeto de cuidados médicos específicos, mesmo não havendo sintomas mórbidos (BOARINI; YAMAMOTO, 2004).

Com o nascimento da ciência moderna, essa substituiu a religião como legitimadora nas definições de normalidade e anormalidade. A medicina³ tomou para si o homem saudável e define o modelo, normatizando as condutas adequadas (MOYSÉS; COLLARES, 2006). Ela se constituiu como ciência moderna ao se atribuir “a competência para legislar e normatizar o que seja saúde ou doença, e honrando suas raízes positivistas, biologizar a vida” (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p. 72). Ao se utilizar de pesquisas e pressupostos da biociência, traduzindo os fenômenos humanos em fenômenos bioquímicos, a medicina fornece ainda mais expressões da medicalização na atualidade.

Esse movimento se insere no processo de transformações das práticas sociais e repercute nas noções de infância e família. Ainda segundo Moysés e Collares (2006), a medicalização ocorre no seio de uma visão de ciência em que tudo deve ser transformado em variáveis e quantificado, inclusive o social. Saúde e doença seriam, então, determinadas pelas relações do corpo do participante com o ambiente e o ser humano seria simplesmente o resultado da interação de seus genes, sem levar-se em consideração a cultura, história e o tempo onde esse homem se desenvolve. Assim, os problemas concernentes ao sujeito seriam biologizados e naturalizados, pela transferência desses da esfera coletiva/social/política para a esfera do individual/campo médico. Segundo Moysés e Collares (2011, p. 72), “no mundo da natureza, os processos e fenômenos obedecem a leis naturais. A medicalização naturaliza a vida, todos os processos e relações socialmente constituídos e, em decorrência, desconstrói direitos humanos, uma construção histórica do mundo e da vida”. O que escapa à norma, o diferente, é logo nomeado como desvio, doença, distúrbio, e o tratamento é conduzido coerentemente, por especialistas e medicações.

Especificamente no tocante ao TDAH, parte-se do pressuposto que o comportamento disfuncional que a criança demonstra se deve à existência de uma patologia, muitas vezes se desconsiderando outras instâncias que atuam e interagem nessa condição, como a dinâmica que essa família apresenta e a como sua escolarização tem sido conduzida. A medicalização da vida em crianças e adolescentes, se associa

³ Vale ressaltar, de acordo com Moysés e Collares (2006), que a medicalização não é realizada somente pela Medicina, mas por qualquer ciência da saúde, da educação e de outros campos, que mesmo sem intenção, se utilizem do método clínico em sua prática. O foco na medicina se deve apenas a seu caráter epistemologicamente fundante dos campos da saúde.

com a medicalização da educação, com as chamadas ‘doenças do não-aprender’, de acordo com Moysés e Collares (2011). Assim, os problemas do sistema educacional são atribuídos a doenças, e essas, específicas do campo médico e por ele tratadas. E como doenças, pertencentes ao campo particular, individual e orgânico, só podem ser solucionadas com ações de mesma ordem, centralizadas no sujeito.

Indo na contramão das práticas de medicalização, segundo Garrido e Moysés (2011), diversos autores defendem que o fracasso escolar se deve à própria escola, e não aos alunos que a frequentam. As idiossincrasias que fazem parte da infância, dos processos de desenvolvimento e aprendizagem, estão ligadas aos elementos históricos e sociais, não devendo então serem considerados como distúrbios e problemas. Mas o processo de medicalização das dificuldades de escolarização, que já é bastante significativo atualmente, acaba por culpabilizar apenas a criança por suas dificuldades, desresponsabilizando pais, professores, escolas, governo e sociedade, esses cedendo seus lugares ao diagnóstico e à medicação.

Ainda segundo Garrido e Moysés, alguns fatores podem ajudar a explicar a expansão do processo de medicalização da aprendizagem:

O déficit histórico na formação dos professores, baseada em um arcabouço teórico que pouca ajuda a compreender e lidar com a diversidade dos alunos e os problemas do cotidiano escolar; o desprestígio da educação na sociedade brasileira; o medo de pais e professores de não lançar mão de todos os recursos que prometem soluções para problemas escolares; a pressão das diferentes categorias profissionais por reserva de mercado; os interesses econômicos de indústrias farmacêuticas em fabricar doenças e oferecer cura para elas (2011, p. 159).

Assim, segundo pesquisa realizada por Collares e Moysés (2011), a qual se deteve sobre as opiniões de diretores e professores da Rede Municipal de Ensino de Campinas (SP), quase a totalidade dos entrevistados relatou que uma das primeiras ações da escola frente às crianças com dificuldades de aprendizagem era o encaminhamento do aluno a serviços de saúde da região. A intenção dos encaminhamentos frequentes, de acordo com Crochík e Crochík (2011), é a de tentar resolver os problemas dos alunos fora da escola, através da intervenção de remédios e psicoterapias. Questões próprias da escola que poderiam gerar desinteresse e desatenção do aluno não são consideradas nesse cenário. Ainda segundo os autores supracitados, a confirmação de um diagnóstico de transtorno mental na criança costuma trazer para a escola certo sentimento de alívio,

pois confirma para a instituição que não é dela a responsabilidade pelo desempenho do aluno, e modificando pouco a dinâmica de sala de aula para que se favoreça a superação das dificuldades da criança.

Segundo Foucault, ainda nos séculos XVII e XVIII surgiram técnicas que eram centradas no corpo individual, e que visavam a organização dos corpos; que aumentavam a força útil através do treinamento; e que racionalizavam e economizavam esforços no exercício de poder: tecnologia essa chamada pelo autor de tecnologia disciplinar do trabalho, e que atuava em escolas, hospitais, fábricas, entre outros, efetuando-se na docilização dos corpos. Já na segunda metade do século XVIII surge uma nova tecnologia que vai se somar à primeira, e que se dirige à massificar o homem, uma biopolítica da espécie humana. Passa-se a considerar a doença e a morte como fenômenos de população, e são esses que trazem a introdução de uma medicina com mais função de higiene pública, “com organismos da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da morbidade também” (FOUCAULT, 2005, p. 291).

A disciplina e a biopolítica, então, configuram o biopoder, que se caracteriza como uma nova tomada da vida pelo poder, se distinguindo da soberania porque 'faz viver e deixa morrer'. Segundo Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013), a infância foi apropriada pelo saber médico, evidenciando a medicalização da infância principalmente no âmbito educacional, a partir da República, quando se buscava uma imagem que representasse o cidadão brasileiro. Para que isso acontecesse, a família e a criança se tornaram foco da intervenção médica, essa última pressupondo que a falta de conhecimento sobre os cuidados que a infância necessitaria justifica a intervenção de especialistas para ensinar as famílias a educarem seus filhos.

A medicalização aparece como uma estratégia biopolítica e, nesse contexto, “a escola é o lugar, por excelência, de constituição dos corpos saudáveis e educáveis” (DECOTELLI; BOHRER; BICALHO, 2013, p. 452). Já no final do século XVIII, o saber médico adentra na escola, tentando identificar crianças que apresentassem comportamentos ou questões de aprendizagem fora do padrão, sendo essas classificadas de doentes. Dessa forma, os problemas de aprendizagem começam a ser associados à

biologia da criança, entendendo-se que essa não estava funcionando de maneira adequada (DECOTELLI; BOHRER; BICALHO, 2013).

Em um estudo realizado por Garrido e Moysés (2011), onde as autoras fizeram um levantamento sobre a crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica brasileira, concluiu-se que houve avanços relevantes nesse campo, confirmando a ideia de que vem ganhando espaço uma mudança paradigmática na abordagem do homem e da ciência na produção científica do país. Vem se solidificando então uma corrente não medicalizante da aprendizagem, embora ainda com menos expressão que a medicalizante, pautada em uma pedagogia criativa, não normativa, não taxativa, alternativa e emancipatória, partindo de uma visão sócio-histórica do desenvolvimento humano.

1.4 A INFÂNCIA E O TDAH

Um número expressivo de transtornos mentais é percebido e diagnosticado ainda enquanto o sujeito é criança, como é o caso do TDAH. A fim de compreender as relações que se estabelecem entre o mesmo e a infância, faz-se necessário se deter sobre qual ou quais são essas infâncias que se fala, especificamente no contexto em que se realiza a presente pesquisa. Atualmente, se utilizando por base ciências como a sociologia da infância, e não apenas a Psicologia e a Medicina, que por tanto séculos assumiram como seus os estudos relacionados à criança. A infância não é compreendida somente de maneira periódica, com começo e fins temporais, mas como uma categoria estrutural e cultural específicos de muitas sociedades (QVORTUP, 2010).

A partir dos estudos de Philippe Ariès, em 1978, o objeto 'infância' foi introduzido nas ciências sociais e passou a ser alvo do interesse científico. Por mais que haja diversas críticas à sua obra e às suas conclusões, as quais consistiam em questionamentos acerca de seu método e fonte de pesquisa (as pinturas e ícones da Idade Média em diante), e na generalização de suas interpretações, não se nega a importância de seus postulados (FROTA, 2007). Segundo suas afirmações, a infância é uma invenção da modernidade, constituindo-se apenas recentemente como uma categoria social, que não existia na Idade Média, por exemplo. O sentimento de infância é decorrente de um longo processo histórico e de determinadas condições socioculturais,

e não uma herança natural. Por isso, não faz sentido “analisar todas as infâncias e todas as crianças de acordo com o mesmo referencial. A partir disso, podemos considerar que a infância muda com o tempo e com os diferentes contextos sociais, econômicos, geográficos e até mesmo com as peculiaridades individuais” (FROTA, 2007, p.148). Assim, segundo Lira e Mate (2010), a infância não existiu sempre, sua criação “esteve relacionada a interesses sociais que se fizeram presentes em uma série de campos do saber e instituições que reforçaram os objetivos e intenções da era moderna” (2010, p.151).

Segundo Heywood (apud FROTA, 2007), já no século XVIII se observa a emergência social da criança e a particularização da infância nas concepções defendidas por John Locke, que difundiu a ideia da tábula rasa no desenvolvimento infantil; Jean Jacques Rousseau, para quem a criança tinha uma natureza pura, boa e ingênua; e pelos românticos, que apresentavam a criança como portadora de sabedoria e sensibilidade. A partir desse século, a família sofre transformações com novas necessidades sociais, e a infância vai se evidenciando pelo valor do amor familiar. De acordo com Frota, “a infância e a criança tornam-se objeto de estudo e saberes de diferentes áreas, constituindo-se num campo temático de natureza interdisciplinar. Independente da forma como era olhada (...) a infância tornou-se visível como um estatuto teórico” (2007, p.149).

Ainda segundo Frota, (2007), no Brasil, a história da infância se mistura com a história do preconceito, da desigualdade, exclusão e dominação, desde os tempos do Brasil Colônia até a atualidade. O ideário de infância feliz e plena, repleta de brincadeiras não incluía por diversas vezes a criança brasileira das classes operárias e dos que estavam abaixo da linha da pobreza, que ainda se constituem enquanto maioria no país. Essas crianças desvalidas chegaram a receber até denominação especial pelo estado e pela sociedade: menor. Esse termo passou a adquirir conotação valorativa negativa, relativas às crianças pobres, em situação de risco social, passíveis de infringirem a lei e de serem tuteladas pelo estado, se configurando uma categoria de crianças menos crianças que as demais. Com o ECA, esse termo foi abolido e todas as crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos e com necessidade de atenção integral e específica, por conta de sua fase do desenvolvimento.

Essa criança como sujeito de direitos foi se constituindo a partir do século XIX, com o surgimento das Teorias da Psicologia do Desenvolvimento Infantil.

De acordo com Lira e Mate (2010), as ideias gerais e teorias científicas pelas quais se explicam essa fase da vida, são construídas a partir de um ponto de vista e por isso, são limitadas segundo determinadas concepções. Por isso, “as interpretações aos fenômenos que envolvem a infância variam de um contexto para outro, de uma época para outra e falam de infâncias, de crianças diferenciadas e são produzidas em vista de um discurso” (LIRA; MATE, 2010, p.150). Dentre as diferentes concepções construídas, um modelo idílico de infância talvez seja o mais conhecido e idealizado, e a criança sendo compreendida como “depositária das esperanças da sociedade futura (...) pela preservação e pela disciplinação” (ROCHA, 2002); uma fase lúdica e bela, na qual se vê uma criança meiga, pura e inocente, que se detém apenas à brincadeira, e é tratada com cuidado e carinho por sua família. Contudo, esse modelo idealizado e generalizado, mesmo aparecendo em todas as análises dessa fase da vida, vem sendo questionado a partir da visão de que as idades e fases da vida são construções sociais, históricas e culturais (BUJES, 2005 apud LIRA; MATE, 2010). Tal imagem é apenas um dos vários modos de entender a infância, não podendo ser entendido como de universal, pois há clivagens que perpassam a sociedade, essas influenciando fortemente a maneira como tal fase é vivenciada e concebida.

A doença mental de instalação na infância pode ser considerada um desses aspectos que diferenciam a forma como a infância vai ser experienciada pela criança e como os familiares ao seu entorno também vão percebê-la. Até os dias atuais, a doença mental ainda é cercada de várias indefinições, dúvidas e obscuridade nas ciências da saúde. De acordo com Spadini e Silva (2004), desde os primórdios, o louco já era estereotipado e visto como um ser demoníaco, um incômodo para a comunidade e até mesmo um perigo para os demais. O fato de a doença mental levar os sujeitos acometidos a várias vezes manifestarem comportamentos fora daqueles normalmente aceitos socialmente, gera estranheza e frequentemente, a exclusão e isolamento desses sujeitos, por eles não se encaixarem nos padrões estabelecidos pelo grupo dominante. Assim, a doença mental hoje, a loucura ontem, é bastante estigmatizada socialmente, fazendo com que o sujeito seja destituído de sua cidadania, autonomia, direitos e

deveres, e passe a viver à margem dessa sociedade que o estigmatiza, cria preconceitos e o discrimina, o segregando.

Segundo Goffman (1891/2004), o termo estigma é usado em referência a um atributo depreciativo considerado por dado grupo. Não é o atributo em si que estigmatiza alguém, mas a interpretação e julgamento negativo que os outros conotam a ele e a quem o detém. Essa dinâmica é observada ao se estudar a doença mental e as relações estabelecidas com ela, inclusive pela família do sujeito acometido. Moreira e Melo (2007) expõem que, quem sofre o estigma vivencia uma série de problemas, como dificuldade em estabelecer relações sociais, percepção depreciativa de si, ensimesmamento, mudanças no sistema familiar, inserção no mercado de trabalho, entre outros. As autoras seguem dizendo, baseadas em estudos anteriores, que o estigma associado a pessoas acometidas por doença mental é um dos tipos mais nocivos de estigma, pois tais sujeitos são frequentemente isolados e escondidos, sendo mal tratados e desconsiderados em sua humanidade e autonomia, além de tidos como violentos e perigosos.

Ademais, por diversas vezes, o próprio sujeito estigmatizado acaba internalizando tais considerações negativas sobre si, influenciando em seu autoconceito e autoestima. Isso pode acarretar comportamentos de vergonha, isolamento, negação da doença, agressividade, cobrança excessiva a si mesmo, frustração, insegurança, angústia, entre outros, o que geralmente leva ao sofrimento psíquico (GOFFMAN, 1891/2004; MOREIRA; MELO, 2007). Um dos motivos que deu origem e continua mantendo tais estigmas e preconceitos relacionados ao sujeito acometido por uma doença mental é a falta de conhecimento sobre os aspectos de tal doença. Alguns autores (SPADINI; SOUZA, 2006; MORASKI; HILDEBRANDT, 2006; MOREIRA; MELO, 2007) defendem a importância de disseminar mais o tema socialmente, a fim de esclarecer a população e desmistificar a doença mental e o indivíduo acometido, para que se possa acolher e integrar esses de maneira mais adequada e humanizada, pois as consequências psicossociais da exclusão devido ao estigma é mais prejudicial, muitas vezes, do que o próprio adoecimento. Segundo um estudo de Magliano e colaboradores (1998) citado por Bandeira e Barroso (2005), quanto menor o estigma relacionado à doença mental, maior a rede social e qualidade de suporte social para as famílias e para os sujeitos acometidos pela doença.

Por conta de todos esses fatores, não há dúvidas que uma criança acometida por uma doença mental, no caso dessa pesquisa, o TDAH, deve vivenciar a infância de maneira diferente a uma criança que nunca foi diagnosticada ou reconhecida como a primeira. Não se podem desconsiderar as implicações que esse aspecto tende a trazer para a vida da criança e da rede que se articula ao seu redor (família, amigos, escola), corroborando a ideia inicial exposta nessa sessão de que essa fase da vida não é homogênea e generalizada, e muito menos idealizada como os modelos mais idílicos de infância normalmente referidos ao se falar sobre essa temática.

2.5 FAMÍLIA E TDAH

No contexto de surgimento e disseminação do TDAH como objeto de interesse da ciência e da população, observa-se a pouca frequência de estudos que se propõem a discutir sobre a família e o TDAH. Os que o fazem, costumam focar a existência do fator hereditário do transtorno; o papel dessa instituição no diagnóstico e tratamento; e o contexto familiar como fator de risco para o desenvolvimento do transtorno. Os estudos mais recentes não desconsideram a importância da família nesse cenário, pois como essa é uma patologia de instalação na infância, o mais comum é pedir aos pais que relatem o comportamento da criança, os incômodos e descontentamentos surgidos desse quadro, sendo raro convocar a própria criança a falar sobre si mesma e sobre possíveis sintomas de TDAH. O discurso adotado é restrito ao modelo no qual a família tem que ser 'parceira' dos profissionais nessa situação, pois sem elas, não há a possibilidade do diagnóstico nem a realização do tratamento, e conseqüentemente, não há evolução do quadro (COUTINHO *et al.*, 2008; DESIDÉRIO; MIYASAKI, 2007).

Família, nessa pesquisa, é entendida como um

conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto (...) e (se conforma) como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres (BRUSCHINI, 1989, p. 9).

É também um “grupo histórico, determinado por instâncias macroeconômicas, mas que também cria determinações e as remete à sociedade. É assujeitada e é sujeito do processo histórico” (ROSA, 2005, p. 209).

A tendência é perceber a família meramente como um informante sobre o funcionamento da criança, devendo fazer relatos precisos sobre o seu comportamento e dificuldades. Além disso, ela é colocada em um lugar de reprodução das orientações dadas pelos profissionais de saúde e/ou de educação, devendo seguir passivamente as prescrições dadas durante o tratamento. É comum ver como proposta de tratamento uma modalidade chamada de ‘treinamento familiar’, a qual consiste em intervenções comportamentais voltadas para o manejo dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade dos filhos, e maximização de sua produtividade (ver ROHDE; HALPERN, 2004). Pouco se olham, e tampouco se estudam, os saberes, as demandas e as vivências dos familiares no convívio com pessoas com o transtorno. O que se observa é uma carência de serviços e posturas profissionais éticas e de qualidade, que acolham as demandas das famílias envolvidas em uma situação de doença mental, considerando suas vivências nesse convívio e possibilitando um suporte adequado às solicitações expressas por esse grupo (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Considera-se fundamental o papel da família e seus vínculos no desenvolvimento infantil, entendendo-se essa como a primeira instância que deve oferecer proteção e cuidado à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990). E o cuidado à saúde se configura como dever do estado e encargo da família. É a família quem percebe o comportamento do filho e/ou escuta as queixas dos professores em relação ao seu desempenho escolar e relacional, e julga se esses aspectos estão prejudicando o desenvolvimento típico dele. Ao se concluir que algum problema pode estar se instalando, são os pais que geralmente levam a criança a um espaço de assistência especializada. É na mediação com o outro que o participante vai constituindo sua identidade, atribui valores, se diferencia, e é na família onde isso primeiro acontece (BERGER; LUCKMANN, 1985/2004).

Apenas recentemente na saúde mental, tem se dado maior importância à família nesse contexto de sofrimento psíquico. Por muito tempo, segundo estudiosos como Hanson e Rapp (1992), Maurin e Boyd (1990), Jungbauer e colaboradores (2003) elencados por Bandeira e Barroso (2005), as famílias eram culpabilizadas pela

ocorrência do transtorno em um membro e por isso eram afastadas dele, existindo diversas teorias psicológicas que defendiam tal concepção. Quem assumia o cuidado com o paciente eram os profissionais e os serviços de saúde mental, tendo a família apenas que esperar os resultados das intervenções dos que detinham o saber (ROSA, 2005).

Posteriormente, com o aparecimento das terapias familiares no Brasil por volta da década de 1970, famílias que tinham recursos para lançar mão desse instrumento passaram a se utilizar deles como uma forma de ajudar no enfrentamento de conflitos internos (ROSA, 2005). Tal movimento culpabilizante também passou a ser questionado, pois uma série de pesquisas mostrou que as interações familiares anteriormente apontadas como antecedentes do transtorno mental seriam mais uma consequência da própria patologia, ou que esses dois fatores atuariam concomitantemente. Assim, tem-se percebido uma diminuição de atitudes negativas de equipes de saúde mental direcionadas às famílias dos usuários.

A família, de uma forma geral, ainda é a instituição que mais se ocupa do sujeito acometido por um transtorno mental. Ao se perceber possíveis sintomas e se receber o diagnóstico, pode-se gerar sentimentos de frustração e até de negação, pela necessidade de se cuidar de um filho diferente do idealizado inicialmente (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005). Os prejuízos causados pelo TDAH também acabam por atingir a família e até o relacionamento entre pais e/ou mães da criança (HARPIN, 2005 apud GUILHERME *et al.*, 2007). Segundo estudo de Dewolfe e colaboradores (2000) levantado pela revisão de literatura realizada por Guilherme e colaboradores (2007), pais de crianças com TDAH tendem a se considerar menos competentes em suas funções, ainda devido, provavelmente, ao sentimento de culpabilização em relação à saúde do filho e à responsabilização social que eles têm em cuidar e educar as crianças.

Em uma pesquisa realizada por Bellé e colaboradoras (2008) sobre o estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com TDAH, foi demonstrado que esse grupo experiencia mais estresse parental que mães de crianças sem diagnósticos de transtornos mentais. Segundo as autoras, a dimensão do estresse com maior média foi a de 'sobrecarga emocional', que consiste no cansaço, tensão e preocupação quanto ao comportamento e futuro da criança, além do ressentimento com a família, a qual tende a

responsabilizar a mãe pela falta de controle de seu filho. Outro ponto relevante percebido foi o de insatisfação que elas sentem quanto ao apoio social que recebem, geralmente permeado por opiniões intrusivas de outros familiares e amigos sobre a educação adequada a ser transmitida à criança e pela falta de compreensão das dificuldades encontradas, pois quanto maior a intensidade dos sintomas da criança, maior o nível de estresse.

Além das questões citadas, também recaem sobre as famílias o estigma da doença mental, ainda bastante presente na sociedade atual, sendo esse muitas vezes relacionado à sobrecarga relatada pelos familiares (SZMUKLER *et al.*, 1996 apud BANDEIRA; BARROSO, 2005). Considerar então os pais e seus saberes sobre o tema se justifica pelo papel que eles exercem como instituição responsável pela socialização primária e cuidado ao indivíduo, principalmente nesse cenário vigente de enorme polêmica e polissemia em torno do TDAH.

1.6 O TDAH E SUAS POLÊMICAS, PRÁTICAS E COMUNICAÇÃO SOCIAL

Tendo em vista todo o exposto, pode-se considerar que o TDAH gerou e ainda gera novas práticas sociais, como criação e utilização de medicações e terapias, impulsionando a elaboração de legislação, direitos civis e políticas públicas específicas. Essas são cercadas de polêmicas e contradições. Além disso, o tema suscita comunicação social em espaços especializados, como publicações de pesquisas em revistas científicas, congressos, simpósios, assim como em espaços voltados para o público em geral, por meio de divulgação do tema nos mais diversos tipos de mídias, lançamento de livros que logo se tornam campeões de vendas, entre outros. Cada ponto será aprofundado a seguir.

Sobre as *práticas sociais* que o transtorno gera, pesquisas sobre novos tratamentos são frequentes atualmente, principalmente as que envolvem o uso de metilfenidato e outras substâncias que atuam no sistema nervoso central. Apenas entre 1993 e 2000 foram publicados mais de 1400 artigos sobre tratamento com psicoestimulantes (VASCONCELOS *et al.*, 2005). Apesar disso, ainda cerca o tema diversas polêmicas e dissensos, como os que concernem aos efeitos do metilfenidato no organismo. A corrente de estudiosos advindos da neurologia e da psiquiatria defende o

uso desse psicoestimulante em crianças diagnosticadas com TDAH pois ela aumentaria os níveis de atenção, concentração e memória, diminuindo os comportamentos que geram dificuldades de aprendizagem e de interação. Além disso, a medicação não causaria prejuízos cerebrais às crianças em longo prazo e não levaria riscos de dependência física, podendo até dificultar a dependência física em outras substâncias (RHODE *et al.*, 2004; RHODE; HALPERN, 2004; GOMES *et al.*, 2007; LOUZÃ; MATTOS, 2007).

Contudo, há pesquisadores que alegam ser ainda bastante contraditórios os resultados dos estudos sobre a utilização de metilfenidato. Um relatório da Drug Enforcement Administration (DEA) de 1995, um órgão norte-americano que atua no controle do abuso e tráfico de drogas, mostra similaridades nos efeitos farmacológicos entre esse psicoestimulante e a cocaína, podendo funcionar até como substitutos um do outro se administrados por via intravenosa, e também com potencial de drogadição (LEONARDI; RUBANO; ASSIS 2011). Outra controvérsia reside no crescente uso do psicoestimulante como um ‘anabolizante cerebral’, ou seja, cada vez mais pessoas saudáveis, sem diagnósticos de transtornos mentais como o TDAH, têm utilizado de medicações para melhorar seu funcionamento cerebral e seu desempenho cognitivo (BARROS; ORTEGA, 2011). Segundo Barros e Ortega (2011), o metilfenidato continua incluído na convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971 da ONU, e por isso, precisa de controle especial de receituário e venda por se considerar que apresenta riscos de abuso e dependência. Mas em dezembro de 2008 foi publicado um artigo na Revista Nature no qual os autores, proeminentes neurocientistas, defendiam a aplicação de recursos médicos para melhora do desempenho cognitivo. Alguns neurologistas chegam a reconsiderar a classificação do metilfenidato como psicotrópico de uso controlado, pois o consideram seus efeitos seguros, não necessitando de receituário especial para sua comercialização (PASTURA; MATTOS, 2004).

Nesse contexto, têm surgido inúmeras teorias que envolvem a indústria farmacêutica. É astronômico o lucro que as empresas do ramo têm obtido a cada ano, devido ao número crescente de produção e consumo do metilfenidato. Nos Estados Unidos, segundo o DAE (2000), a produção de metilfenidato cresceu mais de 800% entre 1990 e 2000; o consumo cresceu 600% entre 1990 e 1995, correspondendo a 80% do consumo mundial da droga (MOYSÉS; COLLARES, 2011). Estudos também

evidenciaram aumentos significativos do consumo na Espanha e em Portugal (CRIADO-ÁLVAREZ; ROMO-BARRIENTOS, 2003; CAMPOS, 2007 apud MOYSÉS; COLLARES, 2011). Itaborahy e Ortega (2012) citam que, segundo relatório da Organização das Nações Unidas de 2008 sobre a produção de psicotrópicos, a produção mundial subiu de 2,8 toneladas em 1990, para quase 38 toneladas em 2006. No Brasil, a produção saltou de 40 kg em 2002 para 226 em 2006, sem contar com a importação de 91 kg.

O metilfenidato é hoje o psicoestimulante de maior consumação no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. É usado prioritariamente no tratamento do TDAH, embora seja indicado em outros casos, como narcolepsia, distúrbios do sono, e Alzheimer (ITABORAHY; ORTEGA, 2012). Aqui no Brasil, ele é comercializado com os nomes de Ritalina[®], pelo laboratório farmacêutico Novartis, e de Concerta[®], pelo laboratório Janssen-Cilag. É comum constatar o apoio de empresas do ramo farmacêutico a instituições privadas ou não governamentais da área de saúde. Mas isso tem gerado suspeitas acerca da atuação dessas no campo. Segundo Moysés e Collares (2011), no ano de 1995, o DEA alertou sobre as contribuições não públicas realizadas nos Estados Unidos pela empresa Ciba-Geigy à ‘Children and Adults with Attention Deficit Disorder’, a maior organização de suporte a pais e crianças com distúrbios de atenção do país. Aqui no Brasil, a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), cita em seu site a parceria com as empresas Novartis e Jassen-Cilag, essas costumando financiar também pesquisas de diversos neurologistas e psiquiatras renomados nacionalmente. Devido aos usos variados do metilfenidato, além do uso médico, o recreativo e o aprimoramento cognitivo, tem impulsionado uma maior procura pela substância. Pelo fato de sua venda ser controlada, tal psicoestimulante já começou a ser encontrado nas operações policiais que coíbem o tráfico de drogas⁴.

Outra prática social que surgiu a partir do TDAH foi a criação de projetos de lei e políticas públicas que visam o sujeito acometido pelo transtorno. Esse movimento aconteceu nos Estados Unidos e vem ganhando força e aceitação também no Brasil. Segundo Moysés e Collares (2011), os defensores da definição desse conjunto de características como um transtorno também afirmam que é um direito da família saber

⁴ Disponível em: <http://g1.globo.com/concursos-e-emprego/noticia/2012/07/candidatos-de-concursos-relatam-uso-de-tarja-preta-para-render-mais.html>. Acesso em: 10 dez. 2014.

do diagnóstico e que é um dever do Estado arcar com o diagnóstico e com o tratamento. Assim, esse tema passou a ser discutido nos espaços legislativos do país através de projetos de lei que dispõem sobre aspectos diversos do transtorno, principalmente relacionados aos problemas de aprendizagem apresentados comumente pelas crianças. Ainda de acordo com as autoras, na época de elaboração do artigo, em 2011, haviam no estado de São Paulo 09 projetos em trâmite no legislativo que envolvem o TDAH, como por exemplo, um que versa sobre a criação de um Programa de Acompanhamento para Alunos de Ensino Fundamental da Rede Pública Estadual, diagnosticados com TDAH.

Segundo levantamento realizado pela ABDA⁵ sobre projetos de lei e ações públicas sobre o transtorno, há na Câmara dos Deputados projetos de lei que visam: o diagnóstico e tratamento do TDAH e da Dislexia na rede pública de Educação Básica; o aperfeiçoamento da política educacional na rede pública para os alunos com Transtornos de Aprendizagem; e a obrigatoriedade do fornecimento gratuito de medicamentos para TDAH através do SUS. No Senado tramita uma complementaridade ao Código de Trânsito Brasileiro que intenta a obrigatoriedade de exames físico e mental para detectar o transtorno em motociclistas. Já foram aprovadas e já se encontram em vigor no Rio de Janeiro, a Semana Estadual de Informação e Conscientização sobre o TDAH, na primeira semana do mês de agosto e orientação obrigatória a pais e professores do estado sobre as características do TDAH; e no Amapá, a realização da Campanha de Informações sobre o TDAH em agosto de cada ano. Além dessas, desde 2012, o edital do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) contempla candidatos com Déficit de Atenção como tendo necessidades especiais.

Todas essas práticas descritas são cercadas de *polêmicas*. A própria existência do transtorno é cercada de muitas incertezas. Uma matéria⁶ publicada em 2013 pelo portal World Public Union, divulgou que, em uma de suas últimas entrevistas antes de falecer, o psiquiatra norte-americano Leon Eisenberg, considerado o ‘Pai do TDAH’, teria admitido que esse seria um exemplo de uma doença fictícia. De acordo com a mesma matéria, Eisenberg fez parte das comissões responsáveis pela elaboração do

⁵ Disponível em: http://www.tdah.org.br/images/stories/TABELA_PROJETOS_DE_LEI.pdf. Acesso em: 10 dez. 2014.

⁶ Disponível em: <http://www.worldpublicunion.org/2013-03-27-NEWS-inventor-of-adhd-says-adhd-is-a-fictitious-disease.html>. Acesso em: 10 dez. 2014.

DSM-V e do CID-12 e chegou a ganhar prêmios devido a seus estudos em Psiquiatria Infantil. Embora não se possa comprovar até então a veracidade dessa declaração atribuída ao psiquiatra, inúmeros questionamentos se têm feito sobre o contexto de produção dos estudos relativos ao TDAH e suas reais motivações.

A *polissemia* relacionada ao transtorno também é bastante significativa. Como já visto, o que hoje se denomina TDAH já teve outros nomes, como “Defeito de Controle Moral”, “Lesão Cerebral Mínima”, “Disfunção Cerebral Mínima”, “Reação Hiperkinética”, “Distúrbio de Atenção”, podendo ou não ter a hiperatividade, “Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, e atualmente o nome que consta no DSM-V é “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. O CID-10 continua adotando o termo dado pelo DSM-II, de “Transtorno Hiperkinético” (ROHDE; HALPERN, 2004). É comum ouvir pessoas se referindo ao TDAH como ‘Hiperatividade’ ou “Déficit de Atenção” apenas, o que prova as diferentes formas semânticas associadas ao objeto.

Ademais, existem diversas controvérsias quanto ao uso de metilfenidato como tratamento fundamental para o TDAH, como já visto. A criação e implementação de Projetos de Lei na legislação também não é plenamente aceita pela comunidade científica, a qual tem suas produções utilizadas como base para a elaboração de tais projetos. Souza e Cunha (2011) entendem que considerar problemas de aprendizagem como doenças delega apenas à criança a responsabilidade por seu desempenho, estando sempre abaixo do esperado pela escola, o que pode gerar segregação, estigma, e submissão a diversos tratamentos médicos às vezes desnecessários. Além disso, a medicalização dos processos escolares desvaloriza o professor e seus saberes, colocando a solução dos impasses no âmbito da saúde.

No tocante à *comunicação social* relativa ao TDAH está claro, a partir dos relatos expostos, que o interesse da ciência sobre o tema é frequente e diverso. É grande nos últimos anos o número de congressos, simpósios e encontros sobre o transtorno, das mais diversas áreas de conhecimento, cada uma com seus enfoques específicos. Em um levantamento de publicações acadêmicas brasileiras disponíveis ao acesso nos portais virtuais SciELO (130 publicações, no total), Banco de Teses da CAPES (278, no total) e na BVS (85 produções), realizado pela presente autora, também se percebeu um aumento geral na quantidade de produções com o passar dos anos. Esses estão demonstrados nos gráficos abaixo:

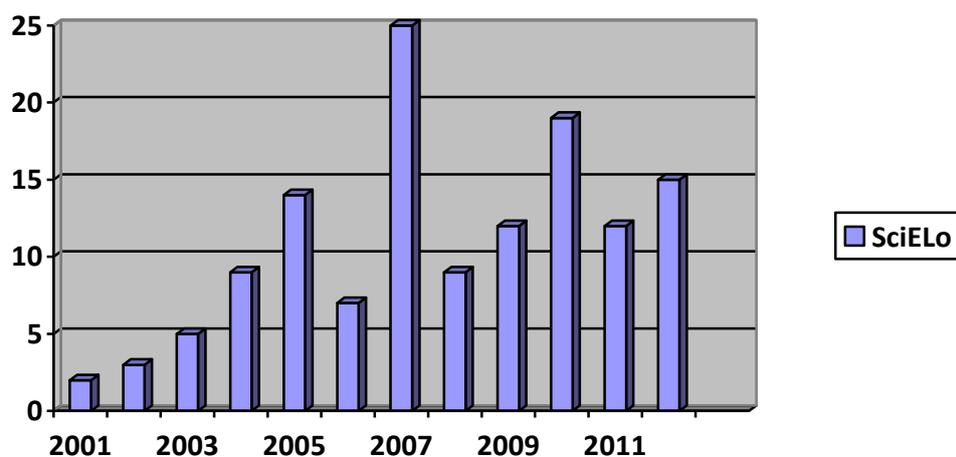


Gráfico 1 – Publicações sobre o TDAH disponíveis no SciELO

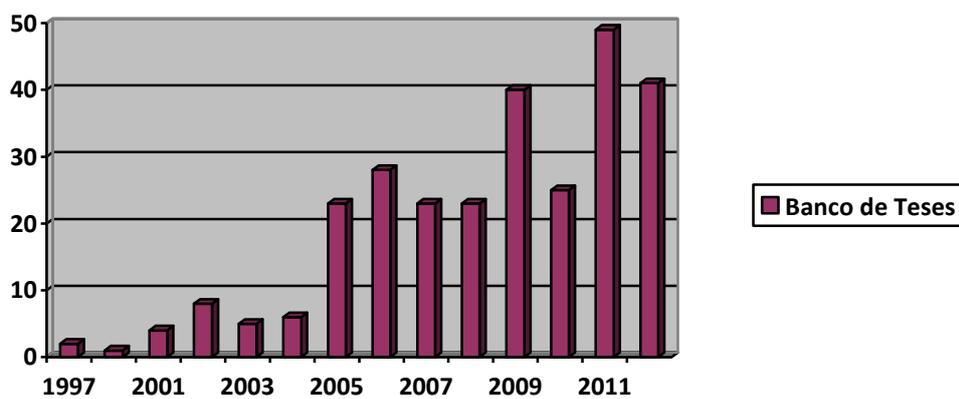


Gráfico 2 – Publicações sobre o TDAH disponíveis no Banco de Teses da CAPES

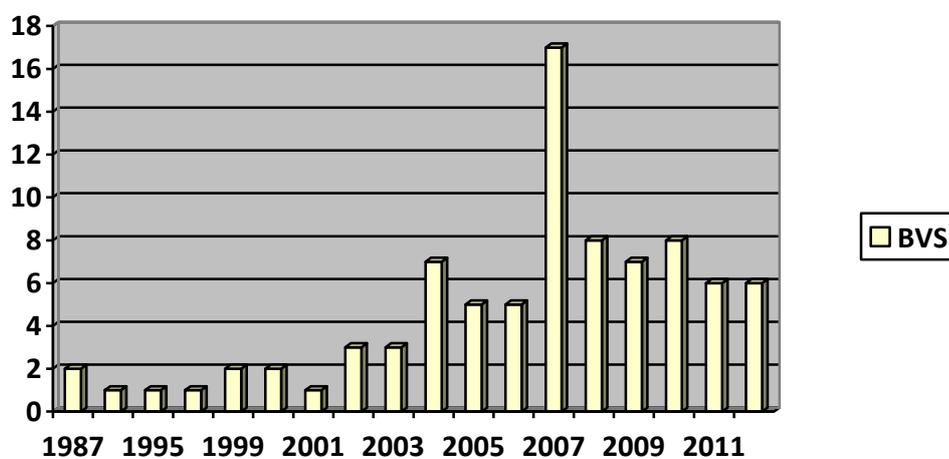


Gráfico 3 – Publicações sobre o TDAH disponíveis no Banco de Teses da BVS

Além da ciência, a parcela não especializada da população também começa a se mostrar atenta ao assunto e às discussões levantadas. Isso pôde ser percebido a partir do estudo de Moraes (2012), que levantou as matérias publicadas no jornal ‘Folha de São Paulo’, no período de 1994 a 2011. O número de matérias sobre o TDAH foi aumentando e seu conteúdo também se modificando: do foco apenas no relato sobre o transtorno e seus aspectos mais diretos (sintomas, diagnóstico, tratamento, e etc.), para, uma maior quantidade de matérias expondo críticas e polêmicas acerca do assunto. Na seleção que a autora da presente pesquisa realizou nos conteúdos publicados pela Revista Veja, também foi visualizada, no geral, o aumento anual do número de matérias acerca do tema: em 2014, até o mês de setembro, foram publicadas 08 matérias; em 2013, foram 15 matérias; em 2012 foram 10; em 2011, foram 08; em 2010 foram 05; em 2009, 01 matéria foi publicada, assim como no ano 2000.

Em 2009, o 13º livro mais vendido do ano na categoria não ficção, segundo a Revista Veja, foi “Mentes Inquietas: TDAH - Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade”, da psiquiatra Ana Beatriz Barros Silva. Considerado ainda hoje um *best-seller*, o livro define o transtorno, seus sintomas e comportamentos resultantes. Outros livros sobre o tema continuam sendo escritos e lançados, em linguagem acessível e simples, voltados a especialistas da área, mas também a sujeitos acometidos pelo transtorno, seus familiares ou qualquer pessoa que se interesse pelo assunto. Assim, todas as problemáticas expostas evidenciam a complexidade do tema. O termo supracitado não é capaz de designar um objeto único, consensual. Há uma pluralidade de sentidos e significados, elaborados e compartilhados socialmente, e que produzem tal realidade, o TDAH.

2. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O TDAH COMO OBJETO DE ESTUDO

2.1 A TRS: DOS CONCEITOS, POSTULADOS, FINALIDADES E FUNÇÕES

Propõe-se como referencial teórico para o presente estudo a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, exposta pela primeira vez, oficialmente, na obra seminal do autor “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, em 1961. De acordo com Almeida e Cunha (2003), tal teoria oferece interessante aporte teórico quando o objetivo é compreender os significados e os processos a eles subjacentes elaborados pelos grupos para explicar o mundo e sua implicação nele. Constroem-se representações porque se faz necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se, identificar e solucionar problemas que o mundo impõe. E isso não se faz em isolamento do mundo social. Os fenômenos das representações sociais (RS) são diretamente observáveis ou reconstruídos em uma pesquisa científica, e podem ser vistas na circulação dos discursos, mensagens e imagens midiáticas, nas palavras, cristalizando-se nas condutas (JODELET, 2001).

Estudar as RS consiste em tentar identificar como as pessoas ou grupos veem o mundo e compartilham essa visão socialmente, ou seja, como se dá o processo de construção social da realidade (SANTOS, 2005). Segundo Abric (1998), não existe uma realidade objetiva a priori, mas toda ela é representada, ou seja, o grupo ou o indivíduo se apropria e a reconstrói em seu sistema cognitivo, associada a um sistema de valores e altamente dependente de seu contexto histórico, social e ideológico. Assim, de acordo com Moscovici (1961/2012), as RS têm uma função constitutiva da realidade, da única que se experimenta e na qual grande parte dos participantes se movimenta. E uma representação é sempre de alguém e, simultaneamente, representação de alguma coisa.

Dessa maneira, as RS são compreendidas como uma forma de conhecimento do senso comum, sendo esse construído por um participante ativo em profunda interação com um objeto culturalmente produzido, o qual revela marcas do participante e do objeto, esses inscritos social e historicamente (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011). São estes saberes sobre o estado da realidade (assinalados por elementos diversos: informativos, cognitivos, ideológico, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc.) que, relacionados à ação, estão no centro da investigação

científica. Sua tarefa é descrevê-los, analisá-los, dar conta de suas dimensões, formas, processos e funcionamento. Vale ressaltar que as RS devem ser estudadas em articulação com elementos afetivos, mentais e sociais e considerando, assim como a cognição, linguagem e comunicação, as relações sociais que agem sobre as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual interferem (JODELET, 2001).

Denise Jodelet, em sua obra, entende as RS como o estudo dos processos e dos produtos pelos quais os participantes e os grupos constroem e dão sentido ao seu mundo, permitindo a integração das dimensões sociais e culturais com a história. Essa abordagem culturalista, adotada como um referencial importante para esta pesquisa, tem postulado a importância de um estudo teórico-metodológico cuidadoso no sentido de se apreender os *discursos* dos indivíduos e dos grupos que criam RS de um dado objeto; os *comportamentos e práticas sociais* que nas RS se expressam; examinar os *documentos e registros* pelos quais os discursos e práticas são institucionalizados; e as interpretações a eles dados pelos *meios de comunicação*, que contribuem para a manutenção e transformação das RS (ALMEIDA, 2005).

Segundo Moscovici (2009), a razão para se criar RS é o desejo que se tem de se familiarizar com o não-familiar. Em suas palavras,

toda violação de regras existente, um fenômeno ou uma ideia extraordinários, tais como os produzidos pela ciência ou tecnologia, eventos anormais que perturbem o que pareça ser o curso normal e estável das coisas, tudo isso nos fascina, ao mesmo tempo que nos alarma. Todo desvio do familiar, toda ruptura da experiência ordinária, qualquer coisa para a qual a explicação não é óbvia, cria um sentido suplementar e coloca em ação uma procura pelo sentido e explicação de que nos afeta como estranho e perturbador (MOSCOVICI, 2009, p. 206/207).

A motivação para se elaborar RS reside na tentativa de criar uma ponte entre o estranho e o familiar, isso acontecendo à medida que o estranho esteja implicado em uma falta de comunicação dentro do grupo sobre o mundo, fazendo romper a corrente de trocas e movimentando as referências de linguagem. Ele, o estranho, não condiz com a matriz da vida em comum, discorda das relações que se estabelecem com os outros. Então, para controlá-lo, o ancora em RS já existentes e é no circuito dessa ancoragem que ele se

modifica. Esse estranho só provocará tamanha dissonância se for relevante culturalmente para o grupo e tiver um caráter polimorfo, gerando, portanto, RS.

Ao encontro desses postulados, parece legítimo estudar o TDAH como um possível objeto de RS (ou um objeto em construção) à medida que, como explicitado anteriormente, ele assume formas diferentes (patologia da atenção; ineficiência de estratégias cognitivas; instrumento de medicalização; expressão da subjetividade, entre outros) em contextos sociais distintos, como na escola, nos serviços de saúde, na família, e mesmo no âmbito científico, evidenciando a polissemia na nomeação e na atribuição de sentido do transtorno. Os pais se constituem como um grupo específico, partindo do pressuposto que têm significativo interesse na saúde dos filhos e são os responsáveis pela sua proteção e bem-estar, como já dito. O referido transtorno pode ser potencialmente relevante para o grupo, por ser configurar, no saber médico (ainda o mais difundido, reconhecido e valorado), como o distúrbio neuropsiquiátrico que mais afeta a infância e por poder influenciar nas condutas relacionadas à forma como a criança será vista e cuidada, em várias esferas da vida do sujeito.

De acordo com Moscovici (1982 apud SANTOS, 2005), representar envolve sempre um sujeito e um objeto, profundamente ligados entre si. A representação social é uma construção do sujeito sobre o objeto. Assim, ela se dá a partir de informações que o indivíduo recebe de e sobre o objeto, os quais estão amarrados ao contexto social em que o sujeito está inserido, como já explanado anteriormente (SANTOS, 2005). No caso do estudo em questão, acredita-se que as concepções que os pais e mães terão sobre o TDAH dependem em parte da proximidade ou implicação que os mesmos têm com o objeto. Além disso, a forma como se aprende as informações também se relacionam com os conhecimentos que o sujeito, o grupo possui. Segundo a mesma autora, a intensidade das atitudes, a forma como o sujeito expressa uma resposta organizada e latente em relação ao objeto, a posição que ele assume frente ao mesmo; e o modo que ele relaciona os dados de realidade depende de seus hábitos lógicos e linguísticos, de tradições históricas, do acesso à informação e da estratificação de valores.

Dessa forma, tal processo de formação de RS tem como finalidade primeira e fundamental a redução da margem de não-comunicação, ou seja, “tornar a comunicação, dentro de um grupo, relativamente não problemática e reduzir o ‘vago’ através de um certo grau de consenso entre seus membros” (MOSCOVICI, 2009, p. 208). Essas RS

são formadas por influências mútuas, através de negociações implícitas nas conversações, nas quais os participantes se orientam para certos modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados. Assim, vai se adquirindo um repertório comum de interpretações e explicações, procedimentos e regras que podem ser aplicadas à vida. Vale ressaltar que, por RS compartilhada, se entende que os elementos que as constituem foram construídos pela comunicação e estão relacionados por ela, fazendo com que as RS e a comunicação sejam indissociáveis.

Há, basicamente, quatro funções que as RS desempenham na construção da realidade social: *a função de saber*, pois elas servem para que se possa dar sentido a essa realidade e facilitam a comunicação social; *função de orientação*, ao passo que elas são guia para a conduta. E ao mesmo tempo em que orientam as práticas sociais, elas são geradas por essas e dependentes de suas evoluções; *função identitária*, possibilitando uma identidade grupal, pois o participante que compartilha uma RS com determinado grupo se sente como pertencente a ele e protege sua especificidade e, por consequência, se sente alheio a outro grupo, havendo a diferenciação entre eles; e *a função justificadora*, permitindo, após a ação, que se justifiquem as condutas adotadas com referência nas RS construídas e compartilhadas (SANTOS, 2005; ABRIC, 1998).

2.2 PROCESSOS DE CONSTITUIÇÃO DAS R.S.: ANCORAGEM E OBJETIVAÇÃO

Para a constituição de uma RS, Moscovici (2009) aponta a existência de dois processos que transformam o desconhecido em conhecido. A *ancoragem* se caracteriza pela inserção do objeto em um sistema de pensamentos preexistentes, estabelecendo uma rede de significações em torno desse, através da comparação com categorias já internalizadas (SANTOS, 2005). Almeida (2005) afirma que a ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto em questão a um sistema de valores que já lhe é próprio, denominando-o e classificando-o em função da relação existente entre este objeto e sua inserção social. Dessa forma, um objeto é ancorado quando ele se incorpora a um sistema de categoria formado e, no momento que isso acontece, ele adquire características de tal categoria, se reajustando para se enquadrar nela.

De tal modo, ancorar é classificar e dar nome a algo, e esse processo não acontece de forma neutra, pois aí também estão implicados a avaliação e o julgamento (MOSCOVICI, 2000). Nesse processo, de acordo com Santos (2005), se dão a *atribuição de sentido*, a qual ocorre quando um significado e um nome são atribuídos ao novo objeto baseado em conhecimentos anteriores; *a instrumentalização do saber*, possibilitando um valor funcional à representação devido á formação de uma teoria que servirá como referência para a tradução e compreensão do mundo social; e o *enraizamento no sistema de pensamento*, pois à medida que o novo se inscreve em um sistema de representações já existente, ele se torna familiar simultaneamente à transformação do conhecimento anterior, o qual ainda predomina.

Por sua vez, a *objetivação* consiste em descobrir “a qualidade icônica de uma ideia; é reproduzir um conceito em uma imagem” (MOSCOVICI, 2009, p. 71/72). Esse é o processo que transforma um conceito em uma imagem ou em um núcleo figurativo, tornando concreto aquilo que é abstrato (ALMEIDA, 2005). Para tal, são necessários três movimentos: a *seleção e a descontextualização*, pois, considerando-se à dispersão de informações dos objetos sociais, só alguns elementos são fixados, retirados do contexto prévio em função dos significados existentes e a partir de conhecimentos anteriores, valores culturais e/ou religiosos, tradição, experiência, etc. (SANTOS, 2005); a *formação de um núcleo figurativo*, a partir da transformação do conceito em um núcleo imaginante, nas quais as imagens selecionadas, por sua capacidade de ser representadas, se integram. Ele é um complexo de imagens que reproduzem nitidamente um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2009); e a *naturalização dos elementos*, em que esses foram construídos socialmente e passaram a ser identificados como elementos de realidade do objeto (SANTOS, 2005).

2.3 SISTEMA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Um conceito pouco estudado, mas já antigo nos estudos sobre representações é o de sistemas de representação. Esse consistiria na noção de que um objeto social não existe isolado no mundo, estando, portanto associado a alguma representação. Conseqüentemente, as representações construídas acerca de tais objetos se encontram em articulação, inseridas em um contexto mais amplo de um sistema de representação

(WACHELKE, 2005). Esses sistemas existem em constante transformação, conforme o dinamismo da realidade social. Segundo Trindade e Sousa (2009), não é possível a compreensão de fenômenos sociais completos sem conceber a existência de sistemas de representações sociais, pois envolvidos em determinada prática, encontram-se múltiplos objetos sociais e, portanto, múltiplas representações sociais.

Dessa forma, supõe-se que um sistema de representações é ativado sempre que o sujeito é levado a se posicionar diante de um dado objeto. Diversos trabalhos já sugeriram que, de fato, quando se estudam certos objetos sociais parece haver um conjunto de outras representações que se imbricam, constituindo sistemas em constante transformação, como já dito. Oliveira (2010) ao investigar sobre paternidade entre pais separados e pobres percebeu que representações de paternidade estavam em estreita vinculação às representações sociais de masculinidade, de maternidade, de criança e de família. Espíndula, Trindade e Santos (2009) ao estudarem mães em conflito com a lei sugeriram que as práticas educativas que as mães desenvolviam não eram apenas guiadas pela representação de “filho que dá problema”, mas também por representações de maternidade e boa mãe, por exemplo. Felix (2014), em seu estudo sobre o cuidado à saúde mental na infância, obteve resultados semelhantes ao concluir que representações de diferentes objetos sociais, como maternidade, autismo e infância se interligariam, compondo um sistema subjacente às práticas de cuidado, corroborando a ideia de que essa relação teria um caráter interdependente.

Pressupõem-se que os grupos constroem representações sociais cujos conteúdos não apenas expressam, mas também produzem as relações que ele estabelece com os outros em contextos sociais específicos (SANTOS, 2011). Almeida e Doise (2009) postulam que os conteúdos das representações sociais dependem das relações mantidas entre os grupos, ao passo em que serve para justificar determinada forma de encadeamento das relações mantendo, concomitantemente, a particularidade e a identidade de cada grupo. Vale ressaltar que, embora “diante de um mesmo objeto, o lugar que o sujeito ocupa no grupo pode ativar processos diversos” (SANTOS, 2011, p.12).

2.4 A CIÊNCIA E O SENSO COMUM

Como já dito, as representações sociais são teorias do senso comum, construídas no intuito de dar sentido à realidade. A ciência e seus constructos fazem parte da visão que se tem da vida cotidiana, sendo inseparável da vida intelectual e das relações sociais que os sujeitos estabelecem entre si. Contudo, são diferentes as maneiras de pensamento conforme a ciência e a realidade de pensamento no mundo social. Segundo Moscovici e Hewstone (2008), no pensamento racional, característico da ciência moderna, preconiza-se o rigor e a certeza em suas previsões, elaborados por sujeitos competentes, baseados em informações garantidas. O pensamento científico controla suas variáveis e formula critérios para julgar suas proposições, essas como respostas a problemas autênticos e lógicos, desenvolvidos por ela mesma.

Em contrapartida, há outro domínio ao redor onde circulam informações variadas, a partir de intenções diversas, propagadas por vizinhos, colegas, e até desconhecidos, ou seja, por pessoas comuns, por ‘homens da rua’. O pensamento típico desse domínio é mais livre e natural, influenciado por crenças anteriores e estereótipos de linguagem, e as pessoas se servem deles baseadas em suas necessidades e interesses do momento. Essa separação entre uma minoria especializada e uma maioria amadora, que consome o conhecimento através da escolarização formal ou pelos meios de comunicação se deve à organização social vigente, que desvaloriza os saberes do sujeito comum e ressalta os científicos.

Segundo os autores supracitados, o senso comum é um corpo de conhecimentos reconhecidos por todos. Ele é próprio ao sujeito e pode ser construído de formas distintas. O conhecimento do senso comum pode ser de ‘primeira mão’, como chamam Moscovici e Hewstone (2008), quando ele é ingênuo, acumulado pelas tradições, fruto de observações e de reflexões, consensual, transmitido oralmente pelas conversas e rumores, um pensamento caracterizado pelas palavras. Não foi corrompido pela educação, pela especulação filosófica ou pelas regras profissionais. Esse tipo tem sido cada vez menos visto, inclusive porque a ciência, para nascer e prosperar, acabou por se apropriar de tais conhecimentos, imprimindo seu método científico sobre eles, julgando o que seria ‘verdade’ e o que não se aplicava, de acordo com suas concepções. Assim,

atualmente a ciência contemporânea não parte mais do senso comum em suas investigações, mas sim rompe com ele e o descredibiliza.

Por outro lado, a revolução da comunicação, pela crescente circulação de livros, jornais, revista, televisão e internet, permitiu uma difusão das imagens e noções que a ciência segue produzindo. Tornou-se então parte integrante da bagagem intelectual do sujeito comum à medida que ele se interessa pela ciência por diferentes motivos: adquirir uma competência própria da sociedade em que vive; compreender de que se trata e como funcionam os fenômenos da realidade; dar sentido à vida e a controlar; por curiosidade sobre os problemas fundamentais do mundo a fim de chegar a uma concepção definitiva sobre o homem e a natureza. Dessa forma, surge outro tipo de conhecimento do senso comum, um conhecimento de ‘segunda mão’, derivado da ciência e marcado pela razão, que estabelece constantemente novos consensos a partir de cada nova teoria criada. Esse tipo de conhecimento se dissemina por meios impressos e televisivos, caracterizando o pensamento, por sua vez, essencialmente pelas imagens.

Moscovici e Hewstone (2008) denominam de *socialização* o processo pelo qual a ciência difunde seus constructos e postulados para todos os membros da sociedade, e de *racionalização* quando a primeira toma em seu bojo as esferas sociais, inclusive o senso comum, discutindo, experimentando, e julgando-os. Tais podem ser observados quanto ao objeto em questão da presente pesquisa, o TDAH. Ainda no começo do século XX, especialistas se detiveram sobre o comportamento de crianças tidas como de difícil convivência, que apresentavam algo como um problema no controle de sua moral, necessária para um comportamento adequado (CALIMAN, 2010). As ciências médicas passaram então a estudar tais crianças, a fim de identificar, explicar e divulgar a causa de tais comportamentos, trabalho esse que perdura até os dias atuais.

Nesse contexto, há o sujeito que se interessa e procura a ciência, não com fins profissionais, mas por curiosidade, para tentar controlar sua vida, por necessidade de se comunicar e se relacionar com os demais, para tentar conferir confiança e verdade à sua significação do mundo. Esse é o sujeito ‘amador’, que compra as ideias da ciência já estabelecidas, lê as revistas que vulgarizam tais ideias e segue fielmente as criações científicas; é autodidata, se apropria dos conhecimentos sobre os mais diversos assuntos que circulam socialmente e que são relevantes para si e para seu grupo, a partir das observações, leituras e conversas que estabelece e assim, vai interpretando a realidade e

suas relações sociais (MOSCOVICI; HEWSTONE, 2008). Um dos objetivos dessa pesquisa reside na investigação dos saberes do senso comum sobre o TDAH, um objeto construído pela ciência, e se eles encontram-se sistematizados nos grupos em questão a ponto de constituir representações sociais. Além disso, no caso de resposta afirmativa, se deter sobre como se deu essa constituição e quais os elementos que fazem parte.

2.5 SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Na pesquisa que foi retratada em sua obra seminal, “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, Moscovici (1961/2012) se deteve também sobre a maneira como a psicanálise estava aparecendo na mídia. Para isso, ele estudou as publicações em que o objeto ou expressões relativas a ele eram tema de artigos. Assim, viu surgir três sistemas de comunicação, os quais determinavam o conteúdo e a forma das mensagens emitidas e recebidas por tais publicações. A *difusão* tem alguns traços essenciais, segundo o autor. A fonte de comunicação não manifesta intenções bem definidas ou orientação acentuada. As comunicações se propõem a influenciar dadas condutas, e pode ser eficaz nisso, mas sem insistir na relação entre comunicação e condutas, pois essas são incidentes. A transmissão de informações descontínuas pode suscitar opiniões e condutas em dados pontos, mas são relativas à produção de efeitos e o ritmo em que eles ocorrem. A ideia principal não é criar comportamentos unitários sobre o objeto, mas sim falar sobre ele.

O emissor tende a se tornar a expressão do receptor, na difusão. Essa é pouco institucionalizada, parecendo ser mais o reflexo do público que a manifestação de um grupo organizado. O jornal, em relação ao público, assume o papel de mediador, mas ele também se configura como um receptor, pois o objeto em questão lhe é exterior. Dessa forma, ele se encontra na mesma situação que o público a quem se dirige, tornando o emissor dependente do receptor. Para atingir o leitor, na difusão, há um estilo próprio às comunicações: a concretude, a sedução e a rapidez nas mensagens. A intenção é se aproximar o máximo possível do vocabulário e das preferências no leitor.

Devido à falta de proximidade do emissor com o objeto, por diversas vezes, ele se utiliza da autoridade de um especialista para conferir legitimidade e peso aos conteúdos propostos pelo jornal, permitindo também ao redator surgir apenas como elo

entre as opiniões do especialista e do público. Os termos da comunicação são definidos de maneira geral e imprecisa. O público que recebe a mensagem não é altamente definido, estruturado e orientado. A difusão concerne às massas, ou seja, “o agregado de grande parte da população de um país ou de uma cidade, que possui composição heterogênea, distribuída em grandes espaços, cuja organização em alguns planos é bastante frouxa (...) e os indivíduos (...) pertencem a grupos bastante diversos” (MOSCOVICI, 1961/2012, p. 291). No caso da pesquisa realizada pelo autor, a difusão era bastante encontrada nas publicações de jornais e revistas de grande circulação, destinadas à população em geral.

Há certa distância entre o objeto e o emissor da comunicação, o que permite uma margem de ajustamento entre fonte e público, tornado o público livre para elaborar suas opiniões. As mensagens têm relativa autonomia, em uma mesma fonte, expressa por sua descontinuidade, segmentação e ligação aleatória. No caso da difusão não há contradições ou oposições entre as opiniões expostas. Há uma não sistematização, pois não há necessidade nessa forma de comunicação de uma expressão formalizada. Percebem-se então posições opostas sobre o objeto em uma mesma publicação. A imagem que mais se aproximaria da difusão seria a de “um ou vários elementos que percorrem trajetórias descontínuas no interior de diversas estruturas ligadas entre si e que podem produzir modificações, serem modificadas ou manter a autonomia” (MOSCOVICI, 1961/2012, p. 285). E a relação entre esses elementos e os efeitos que ele pode causar nas condutas e valores não é totalmente previsível.

Por sua vez, na *propagação*, o campo de ação direta é relativamente restrito. O grupo a quem ele se dirige é determinado e relativamente organizado, há uma linguagem definida e um contexto que supõe a existência de normas cognitivas e sociais comuns. A fonte de comunicação é investida de uma autoridade que não se discute, e se utiliza das publicações como um instrumento para disseminar seus pressupostos. Segundo Moscovici (1961/2012, p. 354) “a comunicação é hierarquizada e autoritária. Os objetivos da propagação são, por um lado, atingir concepção e atitudes comuns, e por outro lado, orientar (o grupo) em relação a essa concepção e a essa atitude”. Há uma pressão para uniformidade de opiniões dos membros, se conseguindo essa através do sentimento de pertença a um grupo. Ao se constituir, no grupo, o modelo de atitude desejado em relação a um dado objeto social relevante, ele é exposto aos membros, se

tornando a comunicação, nesse caso, parte integrante do comportamento global do grupo.

A propagação visa integrar dado objeto social a um quadro de referências já existente. Não intenta provocar uma nova conduta ou reforçar uma já existente, mas sim ressignificar condutas atuais ou prováveis condutas, adequando comportamentos e normas para que os sujeitos possam aderi-las. O grupo onde se produzem os modelos desejados e que apresenta considerável preparação intelectual é o mesmo a quem se destinam tais modelos. Tem uma ideologia, valores e doutrinas definidas e reconhecíveis pelos seus membros e pelos demais grupos a quem se interligam. No estudo de Moscovici, a propagação era a forma de comunicação predominante nas publicações redigidas pela Igreja Católica sobre a psicanálise. Segundo o autor, a propagação tem duas funções essenciais: a de “organizar e transformar uma teoria num conjunto compatível com os princípios que fundam a unidade do grupo” (MOSCOVICI, 1961/2012, p. 359); e a de, mais que produzir uma conduta, prepará-la e controlá-la, dando uma significação que anteriormente não possuía.

Nesse sistema de comunicação, o que é ‘positivo’ e ‘negativo’ de um dado objeto é tratado de maneira bastante particular. O positivo é valorizado e ressaltado, e o que poderia ser identificado como negativo é rapidamente eliminado e seu uso estereotipado assume um caráter positivo. Seria isso que distinguiria a propagação da comunicação científica ou filosófica, de acordo com o autor. Relaciona-se à propagação não as opiniões, como na difusão, mas as atitudes que podem marcar as representações e as condutas. Além disso, preza-se pela qualidade do conteúdo comunicado ao público a quem ele se destina.

Por fim, o autor supracitado define a *propaganda* tanto como instrumento e como expressão do grupo. Ela tem uma dupla função: regular o grupo onde ela se exprime, procurando a afirmação da identidade do mesmo, eliminando qualquer contradição que possa ameaçar o equilíbrio e ação internos; e organizar e elaborar sistematicamente e adequadamente o conteúdo das comunicações, transformando o campo social a partir da renovação de antigas relações e adição de novas informações a tais conteúdos. Todo esse movimento de organização das mensagens a serem comunicadas ao grupo na propaganda intenta a construção de uma representação social do objeto, conforme as exigências de unidade e ação do grupo. No estudo realizado por Moscovici,

a propaganda foi utilizada pelo Partido Comunista contra os postulados difundidos pela psicanálise.

A propaganda é permeada por relações de natureza conflituosas que fazem com que se tornem necessárias a expressão e a representação do objeto pelo grupo. Essas relações conflituosas e a polarização dos grupos são típicas dessa forma de comunicação, e surgem sempre que novos objetos sociais aparecem no campo. Um grupo acaba se posicionando como a negação do outro e isso é estrutural da cognição da propaganda, pois a astúcia de seu pensamento reside em apresentar apenas uma possibilidade de ação para o grupo. Percebe-se então que a representação, inicialmente o resultado da propaganda, passa a ser também um instrumento de ação do grupo, um intermediário entre o grupo e a realidade social.

Assim, na propaganda admite-se que seu objetivo principal é a produção de uma conduta, de uma ação, pela criação ou modificação da representação social do real. Nesse sistema de comunicação, à medida que tenta se apresentar apenas duas opções para o grupo, uma oposta a outra, fazendo com que os sujeitos integrem totalmente uma visão ou refutem-na completamente, surgem os estereótipos. Dessa forma, compreende-se que a propaganda se orienta na direção de reforçar a participação social do grupo devido à relevância do objeto; produzir estereótipos, baseado na repetição das ideias vigentes que liga rapidamente um estímulo a uma resposta; e indicar uma conduta ou ação desejada. Sobre a linguagem vista na propaganda, observa-se a obediência a duas regras que influenciam na formação de representações e seguimento das condutas esperadas: a regra da imposição, que consiste na apresentação do objeto sempre contextualizado, sendo tal o contexto condizente com as concepções adotadas pela fonte emissora; e a regra da hierarquia, pela qual os valores do grupo devem ser refletidos nas significações dadas aos termos relativos ao objeto.

Diante de todo o exposto, o objetivo geral dessa pesquisa é investigar os saberes, crenças e normas construídas por pais de crianças em idade escolar para dar sentido ao TDAH. Têm-se como objetivos específicos: (a) identificar e compreender os conteúdos produzidos e compartilhados por esse grupo acerca do referido tema; (b) analisar se tais conteúdos formam um corpo organizado de conhecimentos e se constituem representações sociais; (c) analisar quais os processos que regeriam tais construções sociais e os contextos em que eles se associam; (d) investigar se uma proximidade com

o transtorno tem relação com as eventuais representações construídas; (e) identificar se há a existência de um sistema de representações articuladas em torno do objeto; (f) investigar se há relação entre conteúdos circulantes na mídia sobre o tema e as eventuais representações construídas.

Para atingir os objetivos da pesquisa, foram realizados dois estudos distintos acerca do mesmo objeto: O Estudo A consistiu em entrevistas com pais de crianças em idade escolar, no intuito de analisar os saberes construídos por eles sobre o TDAH; e o Estudo B se deteve na análise de matérias publicadas em dado veículo de comunicação de massa, a fim de entender se e como tais conteúdos circulantes se relacionam com os saberes e representações formulados pelos pais.

3. ESTUDO A: SABERES E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TDAH POR PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Nesse capítulo serão apresentados a metodologia, os resultados e suas discussões sobre o primeiro estudo realizado nessa pesquisa, que consistiu em investigar quais os saberes que vem sendo construídos sobre o TDAH pelo grupo de pais de crianças em idade escolar. O Estudo B será relatado no capítulo seguinte. No último capítulo serão apresentadas possíveis aproximações entre os resultados obtidos em ambos os estudos.

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa realizada, como um todo, teve caráter qualitativo e baseou-se em tal abordagem pela sua possibilidade de identificação de significados, motivos, crenças, valores e atitudes resultantes da ação humana, através do cotidiano e da explicação das pessoas que vivenciam determinada situação (MINAYO, 2004). A tentativa residiu em se tentar elucidar informações que estão relacionadas a esse possível objeto de representação social (ALMEIDA, 2005). Para melhor compreensão, os estudos desenvolvidos serão apresentados separadamente quanto ao método e aos resultados. Posteriormente, serão considerados em conjunto para explicitar possíveis relações entre os dois na explicação que concerne aos saberes construídos sobre o objeto em questão pelos grupos abordados.

3.1.1 Participantes e Local da Pesquisa:

Os participantes desse primeiro estudo foram divididos em dois grupos, a partir da relação que estabeleciam com o TDAH. O Grupo 01 foi formado por 09 pais de crianças em idade escolar (06 a 12 anos) que não possuíam diagnóstico de TDAH. O Grupo 02, também formado por pais de crianças em idade escolar (08, ao todo), mas essas haviam recebido diagnóstico de TDAH e assim eram identificadas.

Alguns limites foram fixados no sentido de homogeneizar os grupos, condizendo com o objetivo da pesquisa. A faixa etária das crianças foi determinada baseada na premissa de que o transtorno é basicamente infantil, e é nessa fase que acontece a

maioria dos diagnósticos de TDAH, a partir da introdução da criança na escolarização formal (aos 06 anos⁷), exigindo dela maior atenção, controle motor e flexibilidade pelas atividades propostas, impulsionando os pais a algum contato com a temática, mesmo que indiretamente. A idade máxima de 12 anos é baseada no critério da DSM-V em que os sintomas, nesse transtorno, devem aparecer até essa faixa. Os participantes foram todos de classe socioeconômica média, no intuito de diminuir a variabilidade dos estilos de vida e devido à facilidade de acesso que essa tem a certas informações construídas e compartilhadas socialmente. Sob justificativa semelhante reside a determinação da escolaridade dos participantes, de no mínimo o ensino médio completo.

O trabalho de campo foi iniciado após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPE (ver ANEXO B). Os participantes do Grupo 01 foram abordados livremente em uma instituição de ensino privada da cidade do Recife. Essa foi escolhida por satisfazer aos critérios pré-estabelecidos relativos ao atendimento de crianças e pais com o perfil determinado. Inicialmente, a escola foi procurada, na figura da Diretora Pedagógica, para explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia a ser desenvolvida, a fim de obter autorização da mesma para realização das abordagens e entrevistas aos pais. Essa foi expressa, por escrito, no Termo de Anuência da Instituição (ver ANEXO C).

As abordagens foram feitas no pátio da escola, após os pais deixarem os filhos na sala para o início das aulas. A pesquisadora abordou as pessoas, individualmente, questionando se eles eram pais de alunos da escola e qual a idade dos mesmos. Caso a resposta fosse positiva e a idade da criança estivesse na faixa etária já definida, a pesquisadora se apresentava como estudante de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, convidando o indivíduo a fazer parte de uma pesquisa sobre o TDAH. Informações adicionais foram deliberadamente suprimidas nesse primeiro momento a fim tentar facilitar a expressão espontânea do participante acerca do tema, a não ser que o participante questionasse detalhes sobre a pesquisadora ou sobre a pesquisa, o que era prontamente respondido de forma mais objetiva possível.

⁷ A obrigatoriedade dos pais em matricular os filhos na escola já aos 04 (quatro) anos está sendo exigida a partir da alteração feita na LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) por meio da Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013. Mas, os municípios e os estados têm ainda até 2016 para garantir a inclusão dessas crianças na escola pública.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ver APÊNDICE A) foi entregue ao participante após a finalização da entrevista, e o sujeito só era incluído na pesquisa quando aceitava os termos explicitados no documento, mediante sua assinatura, do pesquisador responsável e de testemunhas.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da escola, no local mais silencioso e reservado disponível no momento (geralmente em um ambiente com bancos e mesas, próximo à entrada/saída da instituição). A escolha de incluir na pesquisa apenas os pais de crianças reside em ainda serem dados a eles a atribuição social a responsabilidade primeira na criação (SARTI, 1996). Não foram incluídos no estudo pais de crianças que não se enquadrem nos critérios já citados anteriormente, e que não se reconheçam ou assumam o papel de responsável primeiro pela criança, legalmente e afetivamente. A realização das entrevistas se deu no mês de março de 2014, a duração média das mesmas foi de 15 minutos.

Sobre a caracterização dos participantes do Grupo 01, esse consistiu em 09 sujeitos, 05 mulheres mães e 04 homens pais, com média de idade de 41,1 anos. Todos tinham cursado ensino superior e estavam exercendo alguma atividade laborativa no momento da pesquisa. Encontravam-se casados, residentes em mesmo endereço do outro genitor da criança, e 08 eram pais ou mães de meninos, sendo apenas um participante pai ou mãe de uma menina. Esse número maior de meninos condiz com o esperado em amostras clínicas de TDAH de crianças (SOUZA *et al.*, 2004, apud COUTINHO *et al.*, 2008). A média de idade das crianças foi de 07 anos.

Os participantes do Grupo 02 foram definidos por conveniência, ou seja, os sujeitos foram abordados a partir do estabelecimento de uma rede de conhecimento da pesquisadora. Nesse grupo, além dos critérios definidos e explicitados anteriormente, se fazia necessário que a criança em questão tivesse sido diagnosticada com TDAH por um médico competente (no caso, pediatra, neuropediatra ou psiquiatra infantil). Após contato por telefone e certificação de que atendiam aos critérios estabelecidos, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante e em local definido pelos menos, considerando suas possibilidades e desejos: 03 foram realizadas na residência do participante, 03 nas dependências de um Serviço de Psicologia, e 02 em ambiente público (um pequeno restaurante). As entrevistas desse grupo foram feitas em agosto de 2014 e duraram, em média, 40 minutos.

Caracterizando o Grupo 02, ele foi composto por pais de crianças diagnosticadas com TDAH, havendo 06 mulheres mães e 02 homens pais, e média de idade de 46 anos. Nesse grupo, todos também haviam completado o ensino superior e, no momento das entrevistas, se encontravam trabalhando. Do total, 06 participantes estavam casados com o outro genitor da criança, e 02 não mantinham relação de conjugalidade com o pai da criança: em um dos casos, a criança tinha apenas mãe, tendo sido adotado por ela ainda enquanto recém-nascida, e a outra era filha de pais que nunca coabitaram, tendo a mãe como responsável legal e afetiva. Nesse grupo, se observou a mesma distribuição esperada do transtorno quanto ao sexo da criança em questão, ou seja, maioria pai ou mãe de um menino, com apenas um participante sendo mãe ou pai de uma menina. Aqui, a média de idade das crianças foi de 10 anos.

Quanto ao diagnóstico referente às crianças do Grupo 02, todos haviam sido diagnosticados por um neuropediatra. A maior parte dos participantes (07) relatou que a existência do transtorno foi inicialmente hipotetizada pela escola, que chamaram os responsáveis quando perceberam que certos comportamentos da criança estavam influenciando em seu desenvolvimento escolar, seja no âmbito das interações sociais ou no desempenho formal das atividades propostas. Apenas uma participante relatou ter percebido possíveis sintomas primeiramente no convívio com a criança no contexto familiar. Contudo, a procura por avaliação especializada se deu após sugestão da escola em todos os casos. No tocante ao tempo em que foram diagnosticadas, 04 participantes disseram que a hipótese sobre o transtorno surgiu quando as crianças tinham por volta dos 06 anos; 03 disseram que foi em torno do 08 anos; e 01 obteve o diagnóstico quando o filho estava com 12 anos. A maioria dos pais e mães já convivia com o transtorno há mais de 01 ano. Apenas 01 participante havia recebido o diagnóstico há cerca 02 meses.

Em relação ao tratamento desenvolvido para o TDAH, 03 pais ou mães relataram que a criança estava fazendo uso de medicação psicotrópica, no caso, o Metilfenidato; 04 participantes expressaram que os filhos nunca utilizaram medicação; e 01 disse que o filho já fez uso de algumas medicações, mas que essas já não mais faziam parte do tratamento atual. Sobre outras modalidades terapêuticas em curso (no momento da realização da entrevista), 06 pais ou mães disseram que seus filhos estavam sendo acompanhados por profissional de psicologia e 01 relatou que ele foi

acompanhado, mas que já havia finalizado o processo; 04 mencionaram acompanhamento por psicopedagoga e 03 já haviam feito uso desse recurso, mas já havia terminado o trabalho; 02 explicitaram acompanhamento (já finalizado) com psicomotricista; e 01 disse que a criança já havia sido acompanhada por terapeuta ocupacional, mas também já havia finalizado o processo. No total, 03 pais ou mães relatam que os filhos não se encontravam em realização de nenhum tratamento, pois os profissionais envolvidos já haviam decidido pela finalização dos acompanhamentos por motivo de terem alcançado os objetivos definidos inicialmente.

3.1.2 Procedimentos de Construção dos Dados:

De modo geral, estando o participante apto e disponível a fazer parte da pesquisa ao preencher os critérios estipulados anteriormente e com sua anuência explicitada pelo TCLE, ele foi convidado e participar de uma entrevista, com um roteiro semiestruturado previamente elaborado (ver APÊNDICE B), no intuito de apreender crenças, valores, sentimentos, opiniões, fontes utilizadas dos participantes sobre a temática. O roteiro visava possibilitar a compreensão do processo de construção das RS, especificamente os processos de ancoragem e objetivação, além de investigar se e como uma possível experiência de ter um filho diagnosticado com TDAH se relaciona com tais construções. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas para posterior transcrição e análise.

3.1.3 Procedimentos de Análise dos Dados:

Inicialmente, foi realizada a transcrição textual de todas as entrevistas áudio-gravadas. Em seguida, uma leitura de todo o material foi feita, no intuito de se familiarizar com o mesmo, facilitando a percepção de variáveis a serem consideradas. A partir de então, foram realizados, essencialmente, dois procedimentos de análise. Na primeira análise, foi utilizado um *software*, o ALCESTE (Analyse de Lexèmes Cooccurrent dans les Ennoncés Simples d'un Texte). Ele funciona baseado na coocorrência de palavras em segmentos de texto, pressupondo que o uso de campos léxicos diferentes identificam campos semânticos específicos, ou seja, o uso de distintos

pontos de referência produzem formas díspares de pensamento, a utilização de um determinado vocabulário pode apontar para uma maneira de pensar um objeto.

Partindo da estatística, o objetivo do ALCESTE é “quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas” (TARGETWARE, 2010). Ele fornece classes inter-relacionadas de palavras, o que acaba por facilitar uma melhor visualização dos discursos encontrados, permitindo que o contexto de enunciação desses sejam recuperados. Ele possibilita também que o pesquisador insira variáveis que sejam consideradas no tratamento textual, as quais serão resultantes da categorização realizada anteriormente. Assim, é possível avaliar a relação entre certos conteúdos e características das unidades de significação (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Segundo o Manual ALCESTE 2010 (TARGETWARE, 2010), para que o software consiga fazer a análise a que se propõe, é necessário que o corpus tenha certa coerência, como um todo, e que seja grande o suficiente para que o elemento estatístico seja levado em consideração. O método utilizado pelo software é o de Classificação Hierárquica Descendente, o qual ocorre por sucessivas divisões do texto, identificando as oposições mais evidentes entre as palavras do corpus e extraíndo as classes de enunciados representativos. Ainda de acordo com tal manual, essa análise oferece, para cada classe, palavras e frases mais significativas (calculando o chi-quadrado e medindo e a importância das ligações), segmentos repetidos e correspondências das palavras mais características. É sobre essas classes resultantes e seus perfis que a abordagem interpretativa se baseia.

Todas as entrevistas formaram um único corpus de análise, preparado de acordo com as instruções do software, para ser lançado no sistema e analisado. O resultado desse processo forneceu à pesquisadora dados insuficientes para que a análise do software fosse considerada com absoluta fidedignidade. É recomendado pelo criador do programa que, para isso acontecer, é necessária que, do corpus lançado no sistema, mais de 65% das unidades textuais façam parte das classes que ele propõe. No presente estudo, apenas 44% das unidades textuais foram classificadas, devido à diversidade lexical do conteúdo das entrevistas. Portanto, a análise do ALCESTE foi utilizada como ‘pano de fundo’ para a análise de conteúdos subsequente, possibilitando à autora mais uma gama de informações no processo de reflexão sobre os dados obtidos.

Dessa forma, em todo o conteúdo se buscou a interpretação dos sentidos, referenciada principalmente na técnica de análise temática de conteúdo, qualitativa, desenvolvida por Bardin (1977/2009). Essa se configura como um conjunto de técnicas que intenta realizar inferências sobre os contextos de produção de mensagens específicas e sua reverberação em determinada realidade. É baseada em operações de desmembramento do texto em unidades, e posterior classificação dos elementos por diferenciação e reagrupamento, a partir de critérios previamente definidos. Esperou-se então, decorrido esse percurso metodológico, que se pudesse refletir sobre os conteúdos construídos sobre o referido objeto social, o TDAH, e seus contextos de produção.

Em respeito a questões éticas que asseguram o anonimato dos sujeitos entrevistados, os mesmos foram identificados como *sujeito x.y*. O *x* alude ao grupo que o sujeito faz parte (1 referente ao Grupo 1, e 2 referente ao Grupo 2; e o *y* está relacionado a um número que foi dado ao sujeito).

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessa sessão serão apresentados os dados resultantes do Estudo A e a discussão desses, de forma a tentar compreender os saberes construídos pelo grupo em questão para dar sentido ao TDAH. Para melhor compreensão, serão relatados e discutidos inicialmente os dados referentes ao Grupo 01, as entrevistas com os pais de crianças que não foram diagnosticadas pelo transtorno. Em seguida, serão trazidos os dados que concernem ao Grupo 02, juntamente com a análise do material.

3.2.1 O Grupo 01

A apresentação dos resultados desse grupo foi dividida em dois grandes temas: os conteúdos originados a partir da discussão sobre *infância*; e os saberes sobre o *TDAH*. Intentou-se, primeiramente, com esse grupo, entender se o teor das entrevistas construía um corpo de saberes organizado, sistematizado, que facilitasse a compreensão da realidade e a comunicação dentro do grupo, e que pudesse ser chamado de representação social.

3.2.1.1 Sobre a Infância

Entendendo a importância de buscar uma compreensão mais ampla sobre os saberes relacionados a um determinado objeto, considerou-se interessante nesse estudo iniciar as entrevistas com os pais questionando sobre suas concepções de infância: como seria a infância e o que ela teria de típica; como seria a infância da criança em questão; qual seria o limite do comportamento infantil e se caberia a ideia de patologia nessa fase do desenvolvimento; e, no caso de se conceber a existência de patologias na infância, quais seriam.

A estratégia da autora de começar a entrevista pela temática da infância foi utilizada com algumas finalidades: introduzir a reflexão sobre o objeto social em questão partindo de objeto mais comum, próximo e mais facilmente acessado no sistema de crenças, valores, representações e normas do grupo, o que poderia aumentar a implicação do participante na entrevista (ao começar falando sobre si mesmo e sobre seu filho), e ‘aquecer’ para o tema seguinte; tentar perceber a existência de relações entre o que o grupo pensa sobre infância e os saberes construídos sobre o TDAH, já que se defende esse como uma patologia de instalação nessa fase da vida; e suscitar o surgimento, no discurso, de elementos arrolados a outros possíveis objetos de representação, os quais constituiriam um sistema de representações.

Já adiantando, percebeu-se que as concepções que os dois grupos têm sobre infância são semelhantes, mas diferem em alguns pontos cruciais. Para o Grupo 01, a infância trazida nas entrevistas poderia ser nomeada de *‘infância normal e plena’*, a idealizada, a imagem mais difundida socialmente. Foi evocado um modelo idílico de infância, generalizada a partir de concepção de apenas uma dada classe social nos aspectos econômico, social, cultural, lúdico, alimentar, etc., sem percepções ou questionamentos sobre outras possibilidades de viver essa fase (ROCHA, 2002).

Para o que essencialmente tipifica a infância, para esse grupo, é a *brincadeira*, elemento trazido em todas as entrevistas, e geralmente o primeiro a ser relatado. A infância seria fundamentalmente um período de muita *ludicidade, diversão, liberdade, sem grandes responsabilidades, exceto com os estudos e com os pertences pessoais da criança*. Uma fase permeada por muitos *passeios, esportes, descobertas, imaginação*,

curiosidade e inocência, o que constituiria a infância como uma época de muita felicidade, como vista nestes recortes de fala: “Brincadeira (...) Eles são bem ativos, brincam muito, descem muito pro play do prédio, fazem muito esporte, mas também têm as responsabilidades, os horários bem definidos, né? Eles têm uma rotina assim bem... bem rotina, mesmo” (suj. 1.1); “Tem as obrigações, tem essa brincadeira, enfim... Eu acho que ele tem o tempo de brincar, ele tem o tempo de estudar, ele tem tempo de fazer as atividades que ele gosta, que é jogar futebol, natação. E no final de semana a gente sai muito” (suj. 1.5).

Alguns participantes mencionam que a infância dos tempos atuais, apesar de manter a maior parte dos elementos característicos dessa fase, é diferente da que eles vivenciaram há alguns gerações, principalmente por conta da reorganização dos espaços urbanos, que modificam as configurações e relações de vizinhança; da crescente precariedade da segurança pública, que faz com que os indivíduos estejam cada vez mais encerrados em espaços fechados; e do desenvolvimento e valorização dos itens eletrônicos e virtuais, como visualizado na seguinte fala:

Se for falar da minha infância, eu penso em futebol, rua, brincava muito, eu morava em casa (...) Se eu for me reportar à infância hoje, eu penso na infância dos meus filhos, né? Que é um pouco diferente (...) Procurando sempre resgatar essa coisa de brincar, de ir pra praia, de ficar independente, e equilibrando com essa coisa mais virtual que tem hoje, que é internet, game, shopping center, consumo. Tudo isso na infância moderna (suj. 1.7).

Para esse grupo, essa ‘infância normal e plena’ tem limites, e esses devem ser impostos pelos pais ou responsáveis pela educação das crianças. O comportamento infantil seria tolerado até o momento em que não haja violação dos direitos do próximo, com agressões ou desrespeitos; ou até quando se coloque em risco a integridade física ou moral da própria criança:

Eu acho que a gente tem os limites que a gente estabelece. Eu acho que (vai) até o momento que aquilo não fica... (...) Não ultrapassa o limite da educação, do jeito, da grosseria. A gente deixa eles irem, a gente deixa eles experimentarem, mas até onde eu acho que não é prejudicial. Seja com o irmão, seja com a gente, seja com a funcionária, na escola. Por exemplo, bater. A gente tem uns limites rígidos lá em casa. Você pode estressar, você pode brigar, você pode discutir, mas não pode bater (suj. 1.3).

Quanto à existência de patologias na infância, essas percebidas a partir do comportamento infantil, o grupo se divide: 04 pais dizem que a ideia de patologia não

cabe na infância, por todos os comportamentos vistos nessa fase fazem parte do processo de desenvolvimento do sujeito e são consideradas como normais ou esperadas, e mesmo os ditos ‘mais complexos’ encontrariam explicação na dinâmica do sujeito ou do contexto em que ele está:

Assim, eu não consigo dizer direito, porque às vezes tem criança que é muito assim, hiperativa, e depois acalma. Acho que cada criança tem sua maturidade. Tem criança que é com seis, com sete, com oito, com nove, com dez. (...) Como eu não tenho, eu não consigo identificar muito não (...) Eu tive um irmão que era... Hoje ele seria considerado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e minha mãe sempre tentou canalizar para esporte, pra essas coisas. Ele deu trabalho, mas hoje é um adulto normal, e ele não tomou remédio nenhum (suj. 1.1);

Mas eu não acho que vejo isso como patológico. Eu acho que é da idade mesmo, da falta de consequência, da falta de maturidade mesmo. Normal (suj. 1.5).

Cinco pais admitem a possibilidade de patologias infantis e dizem perceber que elas existem quando se nota que uma criança apresenta dificuldades para absorver ordens ou regras de forma repetitiva e frequente; ou quando ela tem uma necessidade exacerbada de chamar a atenção dos pais; ou quando o raciocínio dela é fragmentado, indicando comprometimento cognitivo; ou quando a criança se isola socialmente; ou quando ela é diagnosticada com alguma doença mental, como o autismo ou o próprio TDAH. Observa-se então que não há um consenso no grupo sobre a questão.

Os primeiros pais parecem se basear em concepções mais interacionistas sobre a infância, como a Teoria Construtivista, surgida do séc. XX a partir dos estudos realizados por Jean Piaget. Esse teórico se deteve sobre as criações e modificações das estratégias de conhecimento que o sujeito vivencia ao longo de sua vida. Ele parte do princípio que a inteligência humana se desenvolve na interação entre o sujeito e o meio em que ele se encontra, respondendo aos “estímulos externos agindo sobre eles para construir e organizar o seu próprio mundo de conhecimento, de forma cada vez mais elaborada” (NIEMANN; BRANDIOLI, 2012, p.12). Dessa maneira, durante o seu processo de desenvolvimento, todo o conhecimento produzido pela criança deve ser gradual, se respeitando o seu ritmo particular aprendizagem, pois cada salto cognitivo que o sujeito dá depende de uma assimilação e de uma reelaboração dos esquemas internos, processo esse que denota certo tempo para acontecer. As crianças interpretam o que lhe é ensinado e não apenas repetem o que ouvem.

A teoria psicológica desenvolvida por Piaget foi e continua sendo bastante utilizada na área de educação devido a sua forma de conceber o desenvolvimento humano. Assim, ela contribuiu na elaboração de novas teorias e práticas pedagógicas embasadas no postulado de que o conhecimento não é algo somente transmitido, mas ativamente “construído pelo sujeito através de sua ação e da interação com o meio” (NIEMANN; BRANDIOLI, 2012, p. 04). A escola onde foram realizadas as entrevistas com esse primeiro grupo diz ter o Construtivismo como base teórica em sua formulação e organização, nos seus objetivos e técnicas pedagógicas e nos papéis desempenhados pelos alunos e pelos professores. Tais pressupostos são repassados aos pais e mães dos alunos ao se apresentar a escola e se explicar seus métodos, e isso pode ter atuado na construção dos saberes de tais pais sobre a infância e o aprendizado.

A maioria dos pais não fala, espontaneamente, sobre problemas graves que enfrentam/enfrentaram com os filhos e, ainda que perguntados diretamente sobre o tema, dizem ter tido apenas experiências identificadas como pouco significativas, como questões de timidez, ciúmes, agressividade. Alguns chegaram até a procurar avaliação e acompanhamento profissional para tratar dessas questões, como a busca por um psicólogo, mas não as identificaram como patológicas. Mesmo os pais que, quando levados a pensar sobre a existência de patologias mentais na infância, consideram que elas de fato existem, não parecem pôr em cheque a concepção de infância plena e pura anteriormente relatada. Isso pode acontecer por eles não lidarem com questões, com seus filhos, no campo da saúde mental e, portanto, não discutirem ou circularem saberes sobre a temática a ponto de repensarem as concepções de infância que construíram ao longo do tempo, baseado em seu contexto social e experiências vividas.

3.2.2.2 Sobre o TDAH

O segundo bloco de perguntas previsto pelo roteiro se detém sobre o TDAH, suas definições, características, causas, consequências, fontes de informação e condução da situação na hipótese de ter um filho diagnosticado. Quando questionados sobre o que seria o TDAH, praticamente todos os participantes disseram que nada sabiam ou sabiam muito pouco sobre o objeto. A maioria explica o que entende do transtorno trazendo elementos que seriam característicos dele, os sintomas, sem mais elementos associados.

Dentre esses sintomas, a *desatenção* pode ser identificada como mais marcante do transtorno, a primeira e mais mencionada (07 pais trazem em seu discurso): “*Eu sei que são crianças que têm problema de concentração, que não conseguem, digamos assim, fazer uma atividade até o final, ou dependendo se são longas*” (suj. 1.5). Essa desatenção dificultaria a finalização de atividades propostas e acarretaria dificuldades de aprendizagem. O elemento *agitação* foi o segundo mais trazido (05 participantes), esse mais relacionado ao componente da hiperatividade no transtorno: “*O que eu vejo é uma criança bem elétrica, que não consegue se concentrar em determinadas atividades*” (suj. 1.3). Além desses, não foram trazidos outros elementos pelo grupo que caracterizariam o TDAH.

Esses resultados podem ter sido influenciados pelo contexto de realização da pesquisa, em uma instituição escolar. A desatenção tende a acarretar mais dificuldades na aprendizagem durante a escolarização formal da criança, e a agitação pode provocar mais incômodos no campo das interações pessoais, dificultando as relações com os que convivem com o sujeito. Em um estudo realizado por Ortiz-Luna e Acle-Tomasini (2006, apud COUTINHO *et al.*, 2008), professores referiram mais sintomas de desatenção que de hiperatividade, provavelmente devido ao ambiente em que estavam inseridos, a escola, e ao trabalho que desempenhavam com as crianças, o de ensino-aprendizagem de conteúdos escolares.

Camargo *et al.* (2013) dizem, sobre os contextos de produção de saberes e de possíveis representações sobre um objeto que a forma como esses se manifestam dependem dos “efeitos de contexto” que constituem o contexto interacional em que o sujeito interage com suas representações segundo a pertinência situacional. Os autores postulam, baseados em pesquisas da abordagem estrutural das RS, que “elementos diferentes das RS são ativados conforme o contexto de enunciação dessas representações, finalidades da situação e distância do grupo para com o objeto” (CAMARGO *et al.*, 2013, p. 36). Assim, pode-se entender que talvez a desatenção tenha sido alçada à centralidade dos saberes sobre o TDAH devido ao ambiente escolar que servia como pano de fundo para as entrevistas, e no qual esse componente é bastante focado por conta da valoração do desempenho escolar da criança.

Todos os entrevistados, quando questionados, descrevem o que supõem que seja o TDAH. Contudo, 03 participantes mencionam achar que o diagnóstico é pouco

confiável, ou seja, não consideram realmente que o TDAH seja um transtorno mental. Pensam que os elementos que fazem parte da descrição do quadro nada mais são do que expressões próprias da criança ou do contexto familiar em que ela vive como falta de imposição de limites para a criança, falta de ajustamento da família ou excesso de cobrança dos pais sobre a criança. Dentre esses 03 participantes, 01 diz que observa estar havendo hiperdiagnósticos, em que muitas crianças estão sendo taxadas de doentes quando na verdade seus problemas são de outra ordem; 01 critica expressamente a questão da medicalização do comportamento, em consonância ao já explicitado pelo outro participante; e 01 diz que há de se ter cuidado com a rotulação às crianças para que isso não as prejudique futuramente, tolhendo suas potencialidades. Isso pode ser exemplificado na fala a seguir:

Não (acho que seja uma doença). Hoje em dia, o que eu acho é exatamente o que a gente estava falando, eu acho que hoje em dia as pessoas medicam muito as crianças, e eu acho que tem outras formas (...) Eu acho que hoje tem muito excesso de remédio e muito excesso de diagnóstico também, né? (...) Eu digo, quando você exalta muito uma coisa, 'ah, ela tem o TDAH, ela tem que tomar o remédio', desde pequenininha, então terminou que entrou. Eu acho assim, que ela conscientizou que tem, e que não consegue parar de balançar a perna, só se tomar o remédio. Mas também nunca teve limite (suj.1.1)

Já os participantes que dizem considerar o TDAH uma patologia não trazem em seus discursos elementos relativos à etiologia, prognóstico e tratamento do transtorno. Apenas 02 entrevistados localizam no cérebro a causa para o TDAH, mas mesmo assim, não dão mais detalhes sobre como isso aconteceria, as áreas ou circuitos envolvidos: “Pelo que eu conheço, é um transtorno do cérebro mesmo, e envolve uma coisa química também, né?” (suj. 1.4). Também muito pouco se fala sobre como se daria o tratamento, se há utilização de medicação para tal ou se o transtorno é crônico, logo, incurável, ou agudo, com possibilidades de cura. Aparentam então não ter clara dimensão sobre o transtorno, identificando-o como uma doença, mas classificando-a como algo não muito grave ou complexo.

As ideias trazidas sobre a forma como conduziriam a situação caso tivessem um filho diagnosticado com TDAH parece corroborar as percepções explicitadas acima. Todos dizem que buscariam apoio profissional, e esse majoritariamente seria no campo da Psicologia, e relegariam apenas a ele a função de acompanhar e tratar a criança e seu transtorno: “Eu procuraria, primeiro, falar com a psicóloga do ciclo aqui (...).

Dependendo do que fosse conversado, se houvesse um direcionamento, tem que dar atenção a isso, aí eu procuraria um psicólogo, uma coisa fora” (suj. 1.7). Apenas 02 sujeitos referem a necessidade de envolver também a escola no tratamento, buscando apoio pedagógico: *“(...) escolas que manejem isso bem, que aceitem. Por que uma coisa é dizer que trabalha, outra coisa é ver o dia a dia da criança. Enfim, buscar apoio, ajuda.”* (suj. 1.8). E dois também dizem que a família exerce um papel importante na melhora da criança: *“Assim, eu tentaria logo, lógico, tentar um apoio profissional, e tentaria sempre estar perto dele, sempre muito junto, dando carinho, atenção, limite, procurando saber como ele tava no colégio”* (suj.1.1). Sugere-se então que a maioria dos entrevistados localiza no binômio doente/especialista o cerne da questão, não havendo necessidade de maiores mudanças no contexto a fim da evolução do quadro, ou seja, não havendo maiores implicações ou responsabilizações de outrem nessa situação.

Quando questionados onde buscavam informações sobre o tema, praticamente todos os pais assumem nunca terem buscado espontaneamente fontes de informações sobre o TDAH, expressando baixo interesse sobre tal. Dizem que o pouco contato que tiveram com o tema se deveu a leitura ocasional de matérias em veículos midiáticos de grande circulação nacional, como revistas ou jornais (televisivos, impressos ou on-line): *“Mas li, primeiro foi numa revista, depois fiquei lendo na internet, mas não me aprofundei em nada não”* (suj. 1.3). Há também pouca menção de terem ouvido falar sobre o transtorno na escola, entre outros pais e mães, entre amigos ou na família, mas mesmo nesses casos não se recordam de a temática ter sido introduzida por eles: *“Entre pais eu não ouço muito não”* (suj. 1.9).

Para considerar que dado objeto ou fenômeno do senso comum pode ser um objeto de representação social, como já dito anteriormente, ele deve ser polêmico, polissêmico e relevante para o grupo em questão. A princípio, entendeu-se que o TDAH reuniria todas essas características quando estudado em dado grupo social, no caso dessa pesquisa, pais de crianças em idade escolar, independente da condição de saúde mental da criança, pois como estudos apontam altas taxas de prevalência na infância, a comunidade científica tem se detido de maneira crescente (o transtorno é o mais estudado na área de neuropsiquiatria atualmente), e a mídia tem trazido cada vez mais o tema em suas publicações, supôs-se que pais e mães de crianças nessa faixa estariam buscando, refletindo e circulando saberes sobre o tema, como uma forma de cuidado à

saúde de seus filhos. Todavia, ao se entrevistar especificamente os pais de crianças que não foram acometidas pelo transtorno, percebeu-se que, na realidade, o TDAH não se configuraria como um objeto de representação social.

Não se observa grande relevância do objeto para tal grupo: segundo os participantes, esse não é um tema que circula de forma expressiva dentro do grupo ou entre esse e outros pais, não parecendo que ele está inserido nas comunicações grupais (SÁ, 1998); não há grande interesse do grupo em se informar, refletir e discutir sobre o tema, o que não indica que ele seria alvo de preocupação pública (MARKOVÁ, 2006); há dissensos em pontos centrais, como por exemplo, se ele faz parte ou não da categoria ‘doença’, mas apesar disso, não se vê grandes polêmicas sobre o objeto; não há espessura social sobre o tema, ou seja, são evocados poucos elementos que ajudariam a dar forma ao objeto e a caracterizá-lo, e esses não são aprofundados e consistentes; e não há polissemia significativa, pois apesar de relatarem, desde o início, que tinham pouco conhecimento sobre o TDAH, não houve maneiras diferentes de nomear o objeto.

Algumas hipóteses foram levantadas para dar explicação a tal constatação. Pode-se entender que, pelo fato desses pais e mães não terem contato direto com o transtorno, por intermédio dos filhos ou de qualquer outra fonte significativa, eles não se mostram implicados com o objeto. A dimensão da experiência parece ser fundamental nessa questão, ao passo que, segundo Jodelet, “a experiência comporta uma dimensão cognitiva na medida em que ela favorece uma experimentação do mundo e sobre o mundo e contribui para a construção da realidade segundo categorias ou formas que são socialmente dadas” (2005, p. 32). Ainda segundo a autora, a experiência é social e também socialmente construída, pois a forma e o conteúdo que a experiência terá serão pautados nas pré-construções culturais e no estoque comum de saberes, ao mesmo tempo em que ela mesma constituirá os sentidos que o sujeito dará aos acontecimentos e pessoas de sua vida. Dessa maneira, essa dinâmica não é vista quando em jogo o TDAH e o Grupo 01, pois como não há experiência expressiva do grupo com o objeto, não há, por conseguinte, saberes sistemáticos construídos sobre a temática.

Além disso, a recenticidade das discussões sobre o TDAH e as polêmicas no meio científico sobre a definição do transtorno, diagnóstico, etiologia, epidemiologia, tratamento e prognóstico, e críticas advindas de grupos que discorrem sobre a medicalização do comportamento, acaba por não criar um terreno sólido acerca do tema,

fazendo com quem cada grupo social que tenha interesse por ele construa suas representações sociais de maneiras diversas, com processos de ancoragem e objetivação bastante específicos. Ademais, faz-se necessário um levantamento sobre os conteúdos produzidos pela mídia não especializada para avaliar o que se tem difundido sobre o tema e o alcance dele na população em geral. Assim, não há a negativa de que o TDAH possa ser objeto de representação social, mas talvez para outros grupos que o consideram relevante na constituição de sua realidade, como cientistas da saúde, professores, e, como se verá a seguir, pais de crianças diagnosticadas com o transtorno.

3.2.2 Grupo 02

Nessa sessão serão discutidas questões sobre os conteúdos da representação, seus processos de ancoragem e objetivação, e as possíveis implicações que a proximidade com o objeto tem na construção dos saberes sobre o TDAH.

3.2.2.1 Os Prenúncios de um Sistema de Representações Sociais

O roteiro semiestruturado utilizado para as entrevistas do Grupo 01 foi mantido para as entrevistas com o Grupo 02, então esse grupo também respondeu a questões sobre infância. Como anteriormente explicitado, a utilização da estratégia de iniciar as entrevistas falando sobre infância teve, entre outras, a finalidade de tentar perceber se haveria, nesse contexto, a existência de um sistema de representações e como ele se constituiria nesse grupo social específico. Como já dito, postula-se que nenhum objeto social existe no vazio, estando esse associado a alguma representação, e estando essa inserida em um contexto mais amplo de um sistema de representação (WACHELKE, 2005). Entende-se que essa pesquisa não aprofundou de forma substancial nas lógicas próprias que esse sistema obedeceria, mas a intenção no momento é apenas trazer, de modo simples e meramente descritivo, como esse sistema estaria constituído, que objetos e representações o integram.

De fato, ao longo das entrevistas, percebeu-se que, quando se fala em TDAH, se fala também, principalmente, em *infância*, como já dito, *filho ideal*, *desempenho escolar*, *doença mental*, e *especialista*. Ao descrever esses objetos e suas possíveis

representações sociais para o grupo, não se pode evitar trazer já também alguns elementos que constituem a representação social do TDAH, pois como já dito, tais objetos e representações se encontram bastante imbricadas mutualmente. Contudo, ao TDAH será destinada uma sessão específica e mais aprofundada mais adiante.

Sobre infância, como já mencionado, para ambos os grupos há elementos representacionais semelhantes, mas há também algumas diferenças importantes. Para o Grupo 02, a infância não seria tão ‘plena e normal’ como para o Grupo 01. Aqui, a infância foi ‘problematizada’, ou seja, há a concepção de que existem algumas questões que podem permear a infância, tornando-a uma fase que também pode ser marcada por patologias ou sofrimentos, tanto para as crianças como para os pais que são responsáveis por elas. O mais típico da infância segue sendo a *brincadeira*, citada por todos os participantes, dando a essa época o caráter lúdico e de diversão.

Há *liberdade* e também a *falta de preocupações*, mas para esse grupo, é mais marcante a existência de *rotina e obrigações*, essencialmente com os estudos. A maioria dos pais e mães deixou bastante claro que é fundamental a imposição de limites para os comportamentos dos filhos, principalmente na interação com o próximo, a qual deve ser respeitosa e não invasiva, como visto na fala a seguir:

Infância é brincadeira, criatividade, descoberta, essas três coisas, eu acho. Seria isso, o típico. Se divertir e aprender também a conciliar também com alguma responsabilidade (...) Eu acho que a gente, adulto, a gente criança, a gente tem que ter algum limite, né? Minha mãe sempre dizia que a liberdade da gente sempre acabava quando começava a liberdade do outro. E é isso que eu tento passar pra eles também, esse limite de respeitar, de ‘quer brincar, pode brincar o quanto quiser’, mas tem que fazer o dever de casa, tem que arrumar o quarto, tem que tomar banho, tem que fazer as coisas. Eu acho que é importante o limite porque a gente não vai ser criança a vida inteira, porque a gente vai entrar no mercado de trabalho, a gente vai ter família, vai ter uma vida normal (suj. 2.7).

Essa diferença já no início das reflexões sobre a infância pode se dever ao fato de as crianças com TDAH terem uma tendência maior a não seguir regras e ordens, principalmente por conta do componente de impulsividade, ansiedade e até da agressividade, o que acaba preocupando, incomodando e desorganizando bastante o cotidiano da família. Dessa forma, eles expressam com veemência essa dificuldade em lidar com o filho acometido pelo TDAH nesse aspecto, já que dizem ser muito mais complicado que as crianças sigam uma rotina, principalmente em relação aos estudos:

A escola é uma dificuldade, que ele não foca, né? Na hora de estudar ele tem muita dificuldade, ele roda a casa inteira nos ambientes pra ver se consegue um lugar pra ele se concentrar, entendeu? Ele já tem uma rotina da psicopedagoga, mas é difícil dele cumprir essa rotina (subj.2.4).

Também diferentemente do Grupo 01, aqui há menos menção de outros elementos que caracterizariam a infância, centrando em elementos mais comuns como família, criatividade, descoberta e fantasia. E igualmente ao primeiro grupo, o Grupo 02 traz a ideia de que a infância atual é distinta da antiga, pelos mesmos fatores já descritos: segurança, diminuição da convivência entre vizinhos e maior interesse pela tecnologia.

No tocante à existência de patologias associadas ao comportamento na infância, há nesse grupo um consenso maior diante dessa questão sobre a afirmação dessa existência, visto que todos os pais lidam com o TDAH diretamente na vida de seus filhos, mesmo quando o quadro apresenta uma boa evolução. Eles dizem serem indícios de patologias quando a criança apresenta deficiência mental, doenças mentais, isolamento social, imaturidade emocional, agressividade e desatenção. Percebe-se então que, para esse grupo, a infância, apesar de vista como lúdica e divertida é também pautada por aspectos mais complexos e delicados, como patologias do comportamento, que acarretam dificuldades e até uma significativa carga de sofrimento, algo que os pais não esperavam quando pensavam na infância que gostariam que os filhos tivessem. Supõe-se que isso se deva ao fato desse grupo ter uma aproximação bem mais intensa com o objeto, o que pode causar uma atualização da representação de infância, pois quando evocam a noção de infância plena, também consideram as dificuldades e angústias vividas com seus filhos por conta do TDAH (algo que o Grupo 01 não traz, por não ter a experiência direta com uma patologia desse tipo). Então, essa fase não é vista mais como tão tranquila e plena, podendo ser até problemática e complicada.

A infância parece assumir uma localização central nesse sistema de representações, cruzando seus elementos nas construções dos saberes sobre o TDAH, mas haveria também outros objetos articulados que seriam regulados pelos objetos que ocupam papéis mais centrais. É muito evocada, durante as entrevistas, a figura do ‘filho ideal’, o qual, para o grupo, seria uma criança alegre, dinâmica, confiante, esperta e inteligente, com descobertas típicas da infância, mas obediente, educada e com um bom desempenho escolar. Esse filho que não causa maiores preocupações e angústias e que, desde o nascimento, sempre foi dessa forma é rotineiramente comparado com o ‘filho

real’ que se tem em casa, como visto nas falas: “*Hoje eu vejo minha sobrinha, minha irmã fazendo a higiene dela, botando a fralda, tudo tão tranquilo. Eu nunca tive isso. Meu filho nunca foi assim, entendeu?*” (suj. 2.4);

Com meu filho, a (minha) experiência, as outras crianças sentavam, passavam mais tempo sentadas pra assistir um DVD infantil, cantavam as músicas, e o meu filho, não. Aos 04 anos de idade, e ele não fazia isso. As outras crianças com quem eu convivi, que eu observava, já faziam isso, e ele não fazia. Até para passar por um objeto na frente, ele passava por cima, empurrava, ia pra frente, caía (...) queria que meu filho fosse brilhante, aluno estrela. E ele não era, nunca foi. Sempre reclamação, sempre dificuldade de estudo, e eu ficava muito triste, muito triste (suj.2.6).

É o ‘filho ideal’ que os pais sonharam, e buscaram, mas o seu ‘filho real’ é bastante diferente. O TDAH distancia, pelo menos em um primeiro momento, a concretização dessa imagem, pois pode interferir nas relações interpessoais, principalmente com os familiares e colegas da mesma faixa etária, devido ao componente de impulsividade (que dificulta o seguimento de ordens, regras e rotinas e lidar com as frustrações), e da agressividade; no rendimento escolar, pois o déficit de atenção pode influenciar negativamente na fixação e memorização dos conteúdos transmitidos, e a hiperatividade na finalização de atividades mais formais e complexas (como a leitura, por exemplo), conseqüentemente tornando o processo de aprendizagem algo mais lento; e na autoestima da criança, pois diante de tantas queixas e dificuldades de responder à expectativa social, ela pode acabar se culpabilizando bastante pela situação, prejudicando sua saúde emocional.

Nos pais, a contraposição de uma possível representação de ‘filho ideal’ e a do filho que eles lidam diariamente também pode gerar, a princípio, uma negação dos sintomas ou rejeição, por não aceitar que o filho não é da maneira como ele sempre esperou. Contudo, posteriormente, com o fechamento do diagnóstico, podem vir sentimentos de culpa e remorso, pois aí se deparam com outra concepção já construída de ‘bom pai’ e percebem que não agiram de acordo com o que acreditavam ser o correto, como exposto na seguinte fala:

É porque essas crianças, no começo eu pensava também, eles são crianças que no começo você acha até chata. Uma criança chata, criança difícil. Eu me peguei não querendo não ficar convivendo muito com ele, ele causava certa repulsão, uma criança que me deixava muito angustiada, muito chateada, entendeu? E eu pensava, ‘poxa, eu não gosto de ficar com meu filho, porque né?’. Ele me

irritava, entendeu? No começo eu tinha que gritar muito, era uma gritaria aqui em casa, porque eu gritava, meu marido gritava. A convivência com ele no dia a dia era muito pequena. E eu digo hoje, 'meu Deus, me arrependo de não ter entendido isso, nesse processo todo (suj.2.4).

Esses confrontos que ocorrem dentro do grupo podem ocasionar atualização ou transformação das representações, mostrando novamente que são fundamentais estudos que se deteriam sobre os processos constitutivos dos sistemas de representação.

Outro objeto que se encontra imbricado nesse sistema, aqui apenas desenhado, seria o a 'doença mental'. Esse termo foi pouquíssimo trazido pelo grupo na explicação ou descrição do TDAH. Aparentemente, o grupo considera que o termo se refere apenas a condições mais graves e incapacitantes, de diagnóstico menos polêmico. O TDAH seria considerado mais como um transtorno do que como uma doença, e isso é percebido na fala abaixo:

Não, doença não. A criança em desenvolvimento, se eu rotular com doença... Não, acho que não. A dificuldade, né? No caso, eu não tinha nem visto dessa forma, mas a gente conversando com as psicólogas delas, elas realmente falaram que era um transtorno. Na verdade, a criança vive um transtorno, não só a criança como a família. E essa palavra eu achei adequada pra o que eu sinto em relação a ele. Não, transtorno não seria uma patologia. É diferente. É uma coisa que dificulta a vida dele, atrapalha, limita às vezes, mas que não chega a ser uma doença. Eu não veja como uma doença. Talvez eu não queira ver, né? Mas eu acho que pode ser moldado, pode ser ajudado, entendeu? Pode se modificado, esse comportamento. Eu acho que pode ser ajudado. Sendo uma dificuldade, sendo um transtorno ele pode ser ajudado, pode ser mostrado a ele como ele conviver com isso. Porque você tem certas dificuldades e você acaba convivendo com ela, aprende a viver com ela e a superá-las, né? Então eu acho que o transtorno... A criança tem que superar muitas etapas. Talvez outras crianças não tenham essas dificuldades que ele tem, mas ele tendo consciência disso, ele vai buscar mecanismos para superar. Eu não acho que seja uma coisa que limite a vida de uma criança (suj. 2.4).

Alguns participantes fazem essa distinção, na intenção de dizer que o transtorno seria algo mais leve, uma limitação da criança, mas que ela teria condições, com o suporte familiar e escolar, e tratamento especializado, superar e se curar. Contudo, não há na literatura médica tal diferenciação entre 'doença' e 'transtorno', baseada no grau de complexidade e prognóstico (DALGALARRONDO, 2008). Essa distinção pode se dever ao estigma de nomear dada condição como 'doença mental'. Ainda hoje tal estigma ainda é bastante acentuado e por isso, na tentativa de proteger a criança e a

família de rotulações e preconceitos, se percebe a evitação na utilização do termo. Esses pontos serão retomados na próxima sessão.

Há um quarto objeto que, assim como os demais, faria parte desse sistema de representações, e que aqui se nomeia o ‘especialista’. Esse seria o(s) profissional(ais) da área de saúde e educação envolvidos no diagnóstico, acompanhamento e tratamento do TDAH, no caso, os citados são o neurologista, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta ocupacional e psicomotricista. O especialista é objetivado como o condutor do processo, quem orienta os pais e responde, prioritariamente, às suas dúvidas e anseios. Ele é bastante valorizado, mas esse grupo, diferentemente do primeiro, considera que ele só pode ser efetivo em sua atuação se em conjunto com a família e a escola:

E aí acho que cabe ao pai, à autoridade adulta mais próxima familiar, de orientar mesmo (...) Mas assim, embora possa ser patológico, e é, porque ele já foi diagnosticado e tudo mais, eu acho que a gente tem como. A gente não consegue mudar, não consigo deletar essa característica, mas eu tenho como contornar (suj. 2.8).

Provavelmente, esse é um entendimento que os próprios especialistas transmitem aos pais e mães, para aumentar a implicação dos mesmos no tratamento dos filhos, fazendo com que se crie uma rede de suporte para a criança. São ressaltadas as dificuldades enfrentadas pela criança e a importância que o apoio familiar tem não só na compreensão do comportamento do sujeito acometido pelo TDAH, mas também sobre o manejo dos sintomas e na prevenção de problemas (SILVA, 2003; MATTOS, 2001, apud DESIDÉRIO; MIAZAKI, 2007). Existe hoje um consenso na saúde mental para que se enfatize a família como parte integrante dos cuidados ao sujeito acometido e o impacto positivo que essa atuação tem, juntamente com uma boa interação com a equipe de saúde, nos resultados do tratamento.

Para concluir essa análise preliminar sobre o sistema de representação, cabe o objeto ‘desempenho escolar’, trazido diversas vezes ao longo da fala dos entrevistados. Para o grupo, o desempenho escolar é altamente valorado, visto como única obrigação da criança na infância. Isso pode se dever ao fato do grupo ser todo formado de pessoas com nível superior de escolaridade, que tem o estudo como possibilidade de ascensão pessoal e profissional. E como o TDAH geralmente afeta o desempenho escolar, como já dito, surge nos pais sentimentos de preocupação e ansiedade. A melhora do desempenho escolar costuma ser um dos pontos centrais no tratamento do transtorno,

por ser um dos mais prejudicados e um dos primeiros (muitas vezes o primeiro) indícios da existência do TDAH, funcionando também como uma espécie de medidor da evolução da criança. Enquanto isso não acontece, os pais e mães costumam relatar angústia e medo em relação ao futuro profissional do filho, temendo o insucesso, ou seja, que eles não consigam ser autônomos e realizados pessoalmente e profissionalmente, como visto a seguir:

No início eu tive muito medo, de pensar no futuro dele. Na realidade, eu acho que esse é o maior problema pra mim, que eu ainda tô tentando lidar com isso, essa expectativa, como vai ser o futuro, se ele vai ser uma pessoa adulta que vai conseguir sobreviver por ele mesmo. É, ainda passa... (...) Mas saber que uma pessoa da minha própria família tem, passaram por isso, e hoje é um adulto que é casado, trabalha. É, deu uma aliviada (suj. 2.2).

Para o grupo, a escola e a família tem participação nesse desempenho, com funções de orientação, suporte e motivação, mas é a da criança o protagonismo no processo de aprendizagem e, quando ela apresenta dificuldades nesse, dão-se início aos anseios.

3.2.2.2 Sobre o TDAH

Essa sessão se deterá sobre os conteúdos e processos de construção da representação social do TDAH pelo Grupo 02, o de pais e mães de crianças diagnosticadas com o referido transtorno. Essa análise, como já dito, iniciou-se pelo ALCESTE, que considerou os conteúdos das entrevistas e o dividiu em 04 classes distintas, que serviram de norteador para a análise de conteúdo, técnica desenvolvida por Bardin (2009). Assim, a partir da análise realizada, a discussão dos resultados dessa sessão será apresentada em tópicos referentes aos principais sentidos atribuídos ao objeto: o que é; como é; de onde vem; o que causa; como se resolve; e onde se fala.

3.2.2.2.1 O que é e de onde vem: doença ou transtorno?

Essa categoria se refere à definição do TDAH e como o grupo o concebe. Para os participantes, o objeto é reconhecido como uma patologia, de natureza cerebral, mas há pouca explanação clara e direta sobre isso. Como já mencionado, há uma evitação por parte do grupo de incluir o transtorno no rol das doenças mentais, devido

provavelmente ao estigma que essa classificação ainda carrega, e ao desconhecimento quanto à definição e diagnósticos desse tipo de patologia: “*É um transtorno, né? Não sei se transtorno tá na categoria de patologia, não. Eu acho que não, não sei*” (suj. 2.7). Retomando, a doença mental é ainda hoje cercada de estigmas, preconceitos e discriminação. Isso pode trazer sérias implicações no desenvolvimento psicossocial da criança e conseqüentemente, na vida de sua família e dos que convivem com ela de forma mais direta, como a incompreensão e exclusão social. Devido a esses fatores, percebe-se que em não considerarem seus filhos como acometidos por uma doença mental, os entrevistados tentam não incluírem as crianças nesse grupo, e por conseguinte, também a si mesmos no contexto, provavelmente por eles próprios nutrirem estigmas e preconceitos relacionados à doença mental.

Assim, alguns pais ou mães distinguem ‘doença mental’ de ‘transtorno mental’, entendendo o primeiro como algo mais grave, de difícil tratamento e crônico, por conseguinte negando-o, e o segundo como uma condição mais leve e passível de cura, como já visto anteriormente na fala do sujeito 2.4 (p. 50). Essa forma de diferenciação pode se dever ao fato da utilização do termo ‘doença mental’ já ser empregada em larga escala, desde o início dos estudos em saúde mental, como uma contraposição à doença física, um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo. A própria Associação Americana de Psiquiatria (1995) reconhece que há muito de ‘físico’ nas patologias de ordem mental, e muito de ‘mental’, nas ditas patologias de ordem física, mas admitem que continuam utilizando tal distinção por ainda não terem encontrado substitutos adequados para tais expressões. Atualmente, essa mesma associação se vale, em suas publicações, para o termo ‘transtorno’.

Nos últimos anos, convencionou-se utilizar o termo ‘transtorno’ em detrimento de ‘doença’ na saúde mental, porque apesar de alguns teóricos não fazerem distinção alguma entre os termos, tendo ambos como sinônimos (DALGALARRONDO, 2008), outros afirmam que como em psiquiatria muitas condições não têm etiologia definida, não cabe a utilização do termo ‘doença’ pois ele pressuporia o conhecimento exato de todos os mecanismos envolvidos e as causas explícitas. Já o termo ‘transtorno’ visaria apenas à abordagem diagnóstica descritiva, dos sintomas e comportamentos, com a premissa de neutralidade quanto às teorias etiológicas de dada condição (CLEMENTE; LOYOLA FILHO; FIRMO, 2011). Todavia, mesmo considerando tal diferenciação, ela

se daria apenas no nível da definição da etiologia e não na complexidade ou prognóstico, como alguns participantes acreditam.

Apenas uma participante diz ainda se questionar ocasionalmente sobre a natureza patológica desse conjunto de comportamentos que se veiculou chamar TDAH. Ela relata que a diversidade de informações que chegam para si ainda não possibilitou que ela tivesse plena certeza sobre a existência da doença, como visto abaixo:

Bom, eu nunca estudei muito a fundo não, mas assim, eu sei que é essa doença... Que até, não sei se você viu a reportagem, há poucos dias, falando do 'pai do TDAH', Leon 'não sei o que', dizendo que era uma doença fictícia, né? (...) Bom, depois que eu li essa reportagem que o próprio 'pai do TDAH' disse que a doença era uma doença fictícia... (...) eu acho que é uma coisa que vem se falando de um tempo pra cá, né? Então assim, então essa doença não existia e agora ela existe? Será que ela é de verdade mesmo? Será que ela não foi criada pela indústria, né? Porque, oi? (...) Às vezes a gente conversa sobre isso e até se questiona mesmo, será que existe? Será que é assim? Será que não é só uma característica da pessoa, um jeito? Tem gente que é mais tímido, tem gente que é mais falante... (suj. 2.5)

O grupo não se refere, ao definir o que seria o TDAH, à etiologia ou epidemiologia do transtorno, aspectos mais técnicos da temática. Apenas 02 participantes localizam claramente o TDAH no cérebro, mas especificamente no lóbulo frontal: “O TDAH pelo que eu sei, já li e ela (neurologista) já me explicou, ele é hereditário, né? É um lóbulo frontal... O da gente ele faz a seleção das informações, e ele não faz, vem tudo atropelado” (suj.2.2). Pouco de fala sobre ‘doença mental’, parecendo haver uma distinção entre o que seria mental e o que seria cerebral e/ou neurológico. Isso vai ao encontro dos resultados encontrados por Denise Jodelet já em 1989, quando se deteve sobre a loucura, e em estudos mais recentes, como os de Santos (2009) e Félix (2014), ao analisarem o autismo. Jodelet (1989) percebeu que os sujeitos tendiam a separar o sistema nervoso em cérebro e nervos, e também elaboravam uma gradação entre esses e a doença mental, sendo a doença considerada mais grave, crônica e disfuncional, e alvo dos estigmas sociais. O TDAH se instala na infância e os comportamentos que ele acarreta, mesmo em um nível maior de frequência e intensidade, são considerados comuns nessa fase da vida. Dessa forma, quando em comparação com a Esquizofrenia ou o Transtorno Bipolar, por exemplo, ele não costuma ser classificado como tão complexo e incapacitante como esses podem ser, não sendo incluído nos rol das doenças mentais.

Metade dos participantes também menciona o componente hereditário que tem o TDAH. Eles, inclusive, reconhecem em si ou no outro genitor da criança características do transtorno, os quais explicariam ou justificariam o aparecimento dos sintomas na criança: “*Então quando surgiu essa história do diagnóstico, outras amigas minhas disseram que eu era igual, que se Arthur tem, eu tinha também (...) Aí (a neurologista) disse que quem herda não rouba, né?*” (suj. 2.5). Afirmam que esses conhecimentos foram repassados pela neurologista, durante o processo diagnóstico, quando indagada sobre possíveis causas para o transtorno.

O grupo, como um todo, tende a explicar o objeto através dos sintomas que a criança acometida apresenta por serem esses os elementos que eles veem diariamente devido ao convívio com seu filho ou filha, e sobre os quais falam ao pontuar os comportamentos das crianças. Dessa forma, pode-se inferir que a imagem de *uma criança desatenta e agitada* constitui o núcleo figurativo da representação, esse construído a partir do processo de objetivação. Como já visto, tal processo consiste em eleger certas informações sobre o objeto “em detrimento de outras, simplificando-as, dissociando-as de seu contexto original de produção e associando-as ao contexto do conhecimento imagético do sujeito ou do grupo. (...) Trata-se, enfim, de transformar o que é abstrato, complexo ou novo em imagem concreta e significativa, apoiando-se em concepções que nos são familiares” (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011, p. 109-110).

3.2.2.2.2 Como é e o que causa: características e consequências

Como dito no tópico anterior, o grupo tende a explicar o objeto a partir dos elementos que o constituem, no caso, os sintomas típicos do TDAH. Todos os participantes trazem em seu discurso a ‘*desatenção*’ (têm problemas para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, sendo complicado persistir nelas até o término), seguido de perto pela ‘*agitação*’ (não param de se movimentar ou de falar durante a realização de tarefas ou atividades). Um estudo de Coutinho e colaboradores (2008), realizado com professores e pais de crianças diagnosticadas com TDAH mostrou que este último grupo referia sintomas em ambos os domínios do transtorno, a desatenção e a hiperatividade, diferentemente de professores, que se referem mais à

desatenção. Segundo tal estudo, pode-se “presumir que esses pais apresentam queixas acerca do comportamento e do desempenho escolar de sua prole” (COUTINHO *et al.* 2008, p. 99). Há um consenso no grupo de que tais sintomas dificultariam a realização e finalização de atividades e acarretaria em dificuldades na aprendizagem. Eles mencionam que crianças acometidas pelo TDAH geralmente apresentam resistência à leitura (e conseqüentemente ao estudo formal) ou qualquer atividade que exijam dedicação ou esforço mental prolongado, por essas exigirem certo nível de concentração e disciplina, que elas não desenvolvem facilmente: “*E antes era bem difícil, como eu já disse. Para ele ler dez linhas ele contava. Resistia.*” (suj.2.2).

Esse grupo também traz um número bem maior de elementos característicos que o Grupo 01, como *ansiedade*, não conseguem esperar pela sua vez, se preocupam em demasiado com situações que ainda não acontecerem; *impulsividade*, respondem a perguntas antes de serem completadas, interrompem ou se intrometem em assuntos alheios, maior propensão a acidentes; *dificuldades de interação social*, tendem a querer controlar brincadeiras e não sabem lidar com frustrações; *desorganização*, têm facilidade em esquecer, perder ou danificar objetos pessoais, principalmente materiais necessários para realização de tarefas escolares; *agressividade, irritabilidade e impaciência*, frequentemente não atendem a solicitações ou ordens e, quando as respondem, pode ser de maneira negligente ou rude; *não conciliação do sono*, dormem pouco e até o sono é agitado com muitos sonhos e movimentos involuntários. Tal número elevado de elementos citados pode se dever à maior quantidade de informações que o grupo tem sobre o TDAH, por conta de sua proximidade com o objeto. Pode-se perceber que a maioria das características diagnósticas catalogados pela APA está presente no discurso dos sujeitos, ou seja, os conteúdos elaborados pela ciência fazem parte dos saberes construídos pelo grupo.

Contudo, vale ressaltar, que não se intenciona dizer que, “ao considerar que os conhecimentos científicos podem ser selecionados e reapropriados pelo senso comum (...) que as representações sociais são resultados ramificações ou derivações das teorias científicas” (MORAIS, 2013, p. 58). Esses elementos representacionais podem surgir pela dispersão de tais conhecimentos científicos, publicizados pela própria ciência, como congressos, artigos, livros e publicações institucionais, como pela mídia não especializada, por jornais, revistas, sites na internet, entre outros. Esse ponto será

discutido mais especificamente posteriormente no tópico referente às fontes de informação que o grupo busca sobre o objeto e no Estudo B, que se detém fundamentalmente sobre conteúdos relativos ao TDAH e as formas como esses são comunicados por um veículo da mídia não especializada.

Apenas 02 participantes relatam a existência e as diferenças entre os subtipos do TDAH (predominantemente desatento, predominantemente hiperativo, e combinado), sabendo identificar por qual subtipo o seu filho foi acometido: *“Foi quando eu comecei a ver que o déficit de atenção estava ligado e poderiam ter vários tipos, o hiperativo sem o déficit ou as duas coisas conjuntas”* (suj. 2.2). Contudo, todos os sujeitos sabem dizer quais os sintomas mais acentuados em seus filhos, embora não se utilizem da nomenclatura técnica para tal classificação. E, durante as entrevistas, muitos deles se mostraram surpresos quando mencionaram características típicas ao subtipo hiperativo, mas não as reconheciam em seus filhos, que foram diagnósticos com o subtipo predominantemente desatento. Quando questionados sobre isso, explicaram que sempre relacionaram o TDAH à hiperatividade, chegando até a usar ambos os termos como sinônimos: *“Eu ouvi falar só de hiperatividade, e pra mim o menino hiperativo... Até na escola que ele estudou primeiro tinha um menino hiperativo e ele é desse tipo que não parava, e na minha cabeça a criança hiperativa era daquele jeito. Por isso que eu não associava”* (suj. 2.2). Isso costuma acontecer de forma corriqueira, pois a hiperatividade geralmente causa mais incômodos a quem convive do que a desatenção devido ao prejuízo que o comportamento da criança causa nas relações interpessoais, então tende a ser mais marcante e enfatizada ao se falar sobre esse transtorno (RHODE; HALPERN, 2004), como visto nas seguintes fala:

As pessoas, quando eu falo assim, ‘mas ela é hiperativa?’ Falam logo. A dentista falou logo: ‘mas ela é hiperativa?’ Ela tem TDAH (a dentista), mas ela não falou que tinha. ‘Mas ela é hiperativa?’ Porque (a dentista) vê ela poucas vezes que ela vai lá e vê ela calada, ela não fala com ninguém (...) Eu fiz, ‘não, ela não é hiperativa’. Mas tem. Eu acho que as pessoas pensam logo nesse fato, né? Acho que é o que mais marca, a hiperatividade. (...) Por isso que a gente fala de hiperatividade, hiperatividade, e esquece o outro, porque esse incomoda mais, dá mais trabalho, e ela não. (...) Eu acho que isso quando fala em hiperatividade, o pessoal fala logo dos mais danados e esquece dos mais quietinhos. E isso, pelo menos pra mim, foi o que mais me chamou atenção, foi o fato dela não ser assim (suj. 2.1).

Vale ressaltar que o contrário não aconteceu, pais e mães de crianças com o subtipo predominantemente hiperativo, mesmo quando o desempenho escolar não foi prejudicado, não ‘estranharam’ a ausência ou presença diminuta de sintomas relativos à desatenção. É comum perceber um desmembramento do TDAH ao se falar sobre ele, ou seja, em certos casos ele é visto ou como sinônimo de hiperatividade ou de déficit de atenção. Alguns sujeitos não concebem ambas as partes como constituintes de uma mesma condição, diferentes apenas quanto à intensidade e frequência de cada uma em dado sujeito, fazendo com que haja a distinção entre os subtipos.

Pelos prejuízos que causa na vida escolar da criança, quase todos os pais relatam terem sido alertados pela escola para a busca de uma avaliação especializada, pois o corpo docente diz ter percebido sinais de ‘desajuste ao ambiente escolar’ e que esse poderia ser causado pelo TDAH. Apenas uma mãe diz ter considerado a existência de algum transtorno antes mesmo da escola indicar, todos os outros participantes relatam que o primeiro alerta para alguma patologia do comportamento foi dado mesmo pela escola. Esses dados vão ao encontro de estudos já realizados, alguns inclusive já mencionados anteriormente, como o de Gomes e colaboradores (2007), o qual mostra que 64% dos encaminhamentos recebidos pelos médicos entrevistados na pesquisa veio da escola. O grupo de psicólogos também diz receber da escola a maioria (56%) dos pacientes no consultório.

Uma ausência sentida no discurso dos sujeitos sobre o TDAH é certas ideias em torno do transtorno e que costumavam surgir nos dados de estudos mais antigos, como a concepção de que o TDAH poderia ser causado por açúcar ou outros aditivos alimentares. O mesmo estudo citado acima, de Gomes e colaboradores (2007), traz exemplos de pesquisas realizadas nos Estados Unidos (BELKE, 2004; BUSSING *et al.*, 1998) nas quais boa parte de pedagogos (48%), cuidadores (44%) e pais (65%) entrevistados acreditavam que a dieta e o açúcar tinham influência no comportamento do hiperativos. Isso não foi confirmado pela ciência, mas continuou circulando entre a população, leiga ou especializada. Atualmente, provavelmente após divulgação pela comunidade científica e estudos provando o contrário, o grupo em questão, que busca informações sobre o transtorno com profissionais da área, não traz esse elemento como parte da representação.

Apesar de considerar os obstáculos enfrentados pelas crianças acometidas pelo TDAH, praticamente todos os sujeitos ressaltam, durante a entrevista, as facilidades ou potenciais que as crianças apresentam em outras áreas que não a escolar. Eles reconhecem as dificuldades dos filhos na área acadêmica, mas citam que eles são muito inteligentes e desenvolvidos em áreas como artes, esporte, política, afetividade, entre outras *“Agora desenho e pintura ele vai. Às vezes ele vai e pega e desenha até umas roupas, umas coisas assim. Ele diz que vai ser estilista (...) Até minha mãe viu o desenho e ficou impressionada em como ele desenha bem (suj.2.2);*

As facilidades, eu acho que ele é uma criança criativa, ele é ativo. Ele, apesar do déficit, ele é atento a certas coisas. Se você tá falando alguma coisa ele percebe, ele dá opinião. Ele não é uma criança apática, de jeito nenhum. (...) Ele não é uma criança alienada. Ele não é alienado. Ele é uma criança focada, ele presta atenção nas coisas (...) Pode ser que ele não dê pra ser intelectual, tecnicamente muito bom, não sei. Eu sei que ele vai conseguir vencer, porque ele tem capacidade, entendeu? Ele, a figura dele, ele mostra muita capacidade. Uma criança muito... Que interage muito, é muito esperta, muito ativa, dá opinião. Até agora, política, ele já tá envolvido com política (suj. 2.4).

Falam aparentemente na intenção de mostrar que os filhos, mesmo recebendo queixas de pelo menos duas áreas de seu cotidiano (escola e família, geralmente), podem se destacar e provar que não são insucessos. Supõe-se que esse movimento deve-se às expectativas que os pais nutrem em relação aos filhos, geralmente acreditando que eles podem se superar e atingir seus objetivos (ou os dos pais) e para evitar o surgimento de sentimentos de frustração caso isso não aconteça da forma como idealizaram. Essas expectativas podem ser construídas já a partir da concepção da criança e servem de guia para a maneira como os pais conduziram a criação dos filhos, os ambientes em que eles irão circular, as atividades que farão, os vínculos que estabelecerão, entre outros (BOCK, 2002).

Todos dizem que seus maiores desejos residem na evolução dos filhos, para que eles consigam estudar, se formar, se empregarem, construam uma família e estabelecerem boas relações sociais, ou seja, um futuro socialmente desejável, como visto anteriormente no recorte de fala do sujeito 2.2 (p. 52) e também na fala que segue: *“No caso dele eu me preocupo com a faculdade, com o trabalho, com os relacionamentos pessoais, né? Dentro de amizade, de namoro, de casamento, de filhos que ele vai ter, se ele tiver filhos com TDAH, e se ele vai saber também lidar com eles”*

(suj.2.7). Na vivência das relações, primeiramente na família, e depois na sociedade de forma mais ampla, as expectativas e desejos que são depositadas sobre as crianças acabam sendo incorporadas por elas de maneiras diversas, sendo essas retomadas, refletidas e ressignificadas em momentos de escolhas importantes da vida dos sujeitos, como relacionamentos afetivos e vida profissional, servindo para a construção de seu presente e futuro (BOCK, 2002).

E a autoestima da criança está diretamente influenciada pela maneira como as expectativas nutridas sobre elas são percebidas e elaboradas. Caso elas entendam que não estão conseguindo satisfazer essas expectativas, se sentirão inferiorizadas perante os demais, tendendo a diminuir sua autoestima e favorecendo o que Rangel Júnior e Loos (2011) chamam de “ciclo vicioso do fracasso”. Por isso, a forma como os pais e a escola, principalmente, irão conduzir situações como essas no contexto do aparecimento do TDAH é de fundamental importância em como as crianças viverão seu presente e seu futuro, diminuindo possíveis sofrimentos psíquicos. E isso foi percebido pelos pais e descrito na fala abaixo:

E traz, no caso dele, tristeza, decepção. Ele já tá sabendo disso, ele já sente as consequências. No caso, de se sentir rejeitado, de se sentir... De se autodepreciar. Ele já chegou a dizer que achava que era burro mesmo. Ele já chegou a afirmar isso. Ele percebe os colegas dele tendo desempenho e sabendo daquilo, agindo, e ele não. Então ele já chegou a se autodepreciar. 'Eu não consigo', ele diz. Diz que não consegue, que não vai nem tentar. Até numa disputa, numa brincadeira, num jogo, ele diz, 'vou não, quero não'. Eu sei que ele não vai porque sabe que não vai conseguir, aí desiste. É muito ruim isso. (suj.2.6)

3.2.2.2.3 Como se resolve: o tratamento

No roteiro previamente elaborado, um dos blocos de perguntas de referia sobre a forma como se daria o tratamento e as implicações desse na vida da criança e da família. O grupo entende que a superação dessa condição adversa existência da vida dos filhos, o TDAH, exige a articulação entre o acompanhamento especializado, por meio de médicos, psicólogos, psicopedagogos, entre outros, junto com a família e a escola. O papel da família foi claramente exposto por 06 participantes, os quais ressaltam ser função da mesma não só a procura pelo diagnóstico e encaminhamento às terapias, mas principalmente no cotidiano da criança, construindo com ela regras, limites e rotinas,

estratégias para lidar com suas dificuldades, oferecendo suporte afetivo e emocional para que ela consiga superar as adversidades e melhorar sua autoestima, interagindo com seus pares e se mantenha interessada pela escola (DESIDÉRIO; MIAZAKI, 2007). Essa concepção da criação de uma rede integrada de apoio vai ao encontro de teorias que defendem uma maior participação da família no tratamento de doenças mentais, como já dito anteriormente.

A escola, por mais que tenha sido citada, não foi tanto quanto a família. Metade dos entrevistados mencionou o papel da escola no tratamento e no desenvolvimento infantil. A escola foi mais lembrada no momento do diagnóstico, por geralmente ser ela a primeira a perceber possíveis sintomas associados ao transtorno. Pouco foi dito sobre o suporte que a escola pode dar no dia a dia da criança, quais mudanças ela pode fazer para promover e facilitar o aprendizado, considerando suas dificuldades e particularidades, e explorando e ampliando as potencialidades da criança. Essa pouca menção do papel da escola pode se dever ao fato do TDAH ainda abordado na formação profissional desses de modo incipiente, apesar do interesse crescente da área sobre o tema. Talvez a recenticidade com que esse transtorno tem sido discutido mais efetivamente possa se relacionar a esse fator. Segundo Omote e colaboradores (2005), de modo geral, os professores não recebem formação especializada para lidar com alunos com necessidades específicas em suas salas de aula.

Os professores não consideram terem sido preparados de modo adequado para lidar com crianças acometidas pelo transtorno, devido à falta de conhecimento acerca das características do TDAH, e/ou pela dificuldade de acolher alunos com necessidades específicas: eles não se sentem habilitados formalmente para identificar de forma apropriada os sintomas e indícios que justificariam o encaminhamento a profissionais de saúde; para desenvolver e aplicar práticas didáticas inovadoras e específicas que atendem às necessidades da criança visando seu desenvolvimento; para lidar com a turma como um todo, integrando o aluno ao grupo de forma harmônica, orientando os demais discentes e criando modos de interação entre as crianças, preconizando o respeito às individualidades e às alteridades; e para lidar com os pais das crianças e também orientá-los quanto a melhor maneira deles ajudarem os filhos do ponto de vista escolar (RANGEL JUNIOR; LOOS, 2011).

Faltam também, muitas vezes, materiais institucionais apropriados e apoio de pessoal especializado, formação e supervisão continuada sobre a temática. Além disso, ainda se faz necessário, de acordo com os autores, “ser construída uma nova visão de ensino e de aprendizagem, fundada em atitudes genuinamente favoráveis à inclusão” (RANGEL JUNIOR; LOOS, 2011, p.388), tanto no interior das escolas, abarcando os alunos e suas famílias, como na comunidade em geral, para que seja garantido a esses alunos um ensino de qualidade.

Sobre o tratamento específico da área de saúde, a maioria dos sujeitos (06) refere ter receios quanto à utilização de medicações como recurso terapêutico, como percebido nas falas seguintes:

E eu fiquei muito feliz que ele não precisou de medicamento. Isso seria uma coisa que eu fosse ficar, talvez, mais receosa (...) Até que ponto um medicamento vai trazer benefícios mais que os riscos, né? Eu acho que só não fiquei mais angustiada, mais apreensiva, porque no caso dele, não foi orientado a medicação (...) Então eu acho que esses medicamentos a gente tem que ter muito cuidado. Tudo que mexe com o sistema nervoso a gente tem que pesar muito, o risco e o benefício (suj. 2.5);

A gente relutou e ainda reluta, em dar o medicamento. Embora eu entenda que seu efeito seja satisfatório, seja comprovadamente eficiente, sei lá. Mas uma coisa também um pouco cultural da nossa parte de não querer administrar um tarja preta pra uma criança (suj. 2.8).

Argumentam terem medo da dependência, e principalmente, dos efeitos colaterais no cérebro devido ao uso prolongado, pelo fato do sistema nervoso central ainda estar em desenvolvimento na infância. Tais receios vão ao encontro das polêmicas e dissensos ainda existentes sobre o uso de remédios para estimulação cerebral, como já explicitado anteriormente. Neurologistas defendem os benefícios da medicação no controle dos sintomas e que não há risco de dependência física na utilização do metilfenidato, que ele até dificultaria a dependência física em outras substâncias, e que não causa prejuízos cerebrais às crianças em longo prazo (RHODE *et al.*, 2004; RHODE; HALPERN, 2004; GOMES *et al.*, 2007; LOUZÃ; MATTOS, 2007).

Já outros estudiosos expõem os possíveis efeitos colaterais da medicação e que ainda não se têm resultados de estudos longitudinais que acompanhem indivíduos desde a infância até a adultez e que mostrem com clareza as consequências, ou a falta delas, no sistema nervoso central do usuário do referido psicotrópico (MOYSÉS;

COLLARES, 2011; ORTEGA *et al.*, 2011). Além disso, utilizar um psicotrópico em seu tratamento reforça a ideia da instalação de uma doença mental, já que tal tipo de medicação é rapidamente associado a uma situação de patologia. E tal ideia, como já visto, é rejeitada pelo grupo, devido às suas concepções sobre doença mental e ao estigma que o objeto carrega, reforçando a suposição de que existe um sistema de representações atuando nesse contexto, no qual objetos distintos e suas representações estão imbricados mutuamente.

Todos os participantes expressem claramente o desejo de que os filhos possam deixar de tomar a medicação o mais breve possível. Contudo, nenhum dos sujeitos, mesmo aqueles que os filhos não fazem uso de medicamentos, se mostrou radicalmente contra esse recurso: *“Talvez o remédio fosse mais fácil, mas a gente achou muito agressivo, que talvez não fosse o momento. Mas talvez agora nesse momento, conversando com a neurologista, a gente mude de ideia. Mas enquanto a gente puder protelar, a gente vai protelar”* (suj. 2.7). Apenas 03 crianças em questão fazem uso de metilfenidato em seu tratamento, e os 03 pais ou mães em questão dizem acreditar que grande parte da evolução do quadro de seus filhos se deve exatamente ao uso da medicação, prescrita pelo neurologista, como visto abaixo:

Porque essa coisa do lóbulo central que só vai funcionar quando toma a ritalina (...) Muita gente critica a Ritalina, mas eu, com minha própria experiência, não critico, porque se não fosse a Ritalina eu acho que ele taria bem mais abaixo do aprendizado. Sem a ritalina, ele lê e ele faz, mas ele é bem mais lento. Com a ritalina é como se desse um impulso (suj.2.2).

Praticamente todos os participantes também ressaltaram a importância de outros tipos de terapias para a melhora dos filhos:

Nos livros, falava que a psicoterapia não é tão importante, né? Nesse transtorno, que só a medicação. Só que eu não acho. Eu acho que a terapia é importante. Pra ele foi importante desde sempre. A psicomotricidade em relação com os colegas na sala de aula, que tumultua, né? Uma criança nessa velocidade tumultua o ambiente. Aí o relacional foi bom (suj.2.4).

A psicoterapia foi citada por 06 pais ou mães assim como o acompanhamento psicopedagógico; 02 sujeitos mencionaram a psicomotricidade; e 01 a terapia ocupacional. Dois pais ou mães também disseram acreditar que o próprio processo de crescimento e amadurecimento dos filhos atua positivamente na superação das

dificuldades trazidas pelo TDAH: “E da hiperatividade mesmo, ele acho que ele melhorou mais por ter crescido, pelo amadurecimento normal, um controle maior do movimento, do corpo, pela prática de esportes, essa coisa toda” (suj. 2.3). Alguns estudiosos, como Rhode e Halpern (2004) relatam que há pesquisas que postulam ser o metilfenidato o único recurso efetivo no tratamento do transtorno, mas boa parte dos pesquisadores defende que a forma mais eficaz de terapêutica é a associação entre medicamento e psicoterapia, podendo ser a medicação dispensada, muitas vezes, nos casos mais leves (LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011). Sobre a psicopedagogia, ela poderia ser de grande valia nessas situações, pois se centraria no aprendizado, nos “aspectos ligados à organização e ao planejamento do tempo e das atividades” (RHODE; HALPERN, 2004, p. S68), aspectos bastantes críticos no comportamento da criança com TDAH.

O grupo como um todo acredita e deseja que, com o tratamento adequado, a criança pode superar seus obstáculos e alcançar todos os seus objetivos, tendo uma vida considerada ‘normal’, como na fala a seguir:

O que eu acho que vai acontecer é que ele vai conseguir. Não tão rápido, mas ele vai no tempo dele. Ele tem um limite, mas que vai conseguir aprender, vai conseguir saber o que ele vai querer no futuro, e eu acredito até que ele vai deixar de, não sei se como mãe ou como profissional, que ele não vai ficar o tempo todo nesse medicamento, vai se libertar e vai conseguir a concentração desejada. E ele vai seguir confiante (suj.2.6).

Dessa forma, percebe-se implícita a ideia de que o grupo crê na cura do transtorno. Esse é um ponto pouco explorado nos estudos e publicações sobre o TDAH. A APA, através do DSM-IV (1995), não fala em cura, mas sim em remissão. Segundo o mesmo, na maioria dos indivíduos os sintomas atenuam-se entre o final da adolescência e idade adulta. Embora uma minoria experiencie o quadro sintomático completo até os anos intermediários da idade adulta, e outros podem reter alguns dos sintomas que causem prejuízo funcional, mas não mais têm o transtorno em todos os seus aspectos característicos, aplicando-se, nesses casos, um diagnóstico de TDAH em remissão parcial.

Além dos papéis desempenhados pela família e pelos profissionais de saúde e educação, os participantes também lembram do papel da própria criança na situação. Não há culpabilização dela no aparecimento do transtorno, mas metade dos sujeitos

defende que a evolução do quadro também depende dos esforços da própria criança: *“Então, a gente tem que ajudá-lo bastante, mas a gente sabe que depende muito dele, né? A gente ajuda, mas não pode fazer por ele, né? E nem deve, né? Ele deve fazer, tentar superar suas dificuldades”* (suj.2.4). A psicoterapia aparece como o instrumento importante para compreender e aceitar o diagnóstico, aumentar o autoconhecimento e desenvolver estratégias individualizadas para melhorar atenção e concentração, disciplina, desenvolvendo suas competências, e trabalhar autoestima e motivação (LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2011).

Uma das perguntas realizadas para o grupo foi se o TDAH se configurava com um problema na vida deles e das crianças. Apenas 01 disse que o transtorno nunca foi um problema na vida da família ou da criança, mas o considerava um obstáculo a ser superado. Já 03 dizem que era um problema, mas com o tratamento e melhora do quadro, já não mais o considera dessa forma: *“E eu acho que hoje não é mais um problema. (...) Aí eu acho que as duas terapias foram importantes e hoje isso já não é mais um problema. Eu acho que já foi, já passou”* (suj.2.5). E a outra metade relata entender que o transtorno é um problema, pelas implicações que causa na vida escolar e familiar, principalmente, da criança e dos pais e mães: *“Eu acho que sim. A gente aprendeu a se adaptar a esse problema, mas gostaria que não existisse, né? (...) O TDAH é um tipo de problema que a gente tem como acompanhar de perto, fazer um joguinho pra se adaptar a ele”* (suj.2.8).

Praticamente todos os participantes falam ser difícil para a família lidar com a criança e com seu diagnóstico. Inicialmente, o aparecimento de ‘comportamentos desviantes’, expressão usada pelo DSM-IV (1995), gera grandes dúvidas e ansiedades para os que convivem com a criança, principalmente para os pais e mães. Geralmente eles são os primeiros a serem culpabilizados pela ‘falta de educação’ e ‘falta de limites’ dos filhos e tendem a ver outros familiares e amigos sugerindo diversas soluções para a situação complicada que vem se apresentando. Apesar disso, poucas medidas conhecidas se mostram eficazes, o que pode aumentar os níveis de angústia, incertezas, e também de impaciência e intolerância, como visto a seguir:

E eu, assim, como mãe, eu fique sem saber como agir. Tanto que eu comecei a receber opiniões de pessoas, que ele é malcriado, muito malcriado, genioso, puxou a não sei quem, tem que dar castigo. Eu castigava ele, colocava de castigo, de repouso. Batia nele, dava umas palmadas, nunca fui de bater não, mas dava assim. Mas nada, nada.

Eu acho que tentar ser rude com ele não resolveu, não. (...)E eu fui muito influenciada e também eu me guardei muito dentro de casa pra não tá levando, deixei de visitar a família, principalmente a família do pai, porque chegava lá e ele era muito criticado e eu me sentia mal com isso. (...) E a culpa era minha. A culpa era minha de não saber educar o meu filho. Eu fiquei em dúvida, eu ficava. Não sabia como agir. Se era realmente patológico ou se era, realmente, a educação (suj.2.6).

Assim, os pais tendem a se sentirem desgastados pela necessidade de estar sempre monitorando a criança e criando estratégias diversas para o manejo dos sintomas: *“Eu já vi, a mãe também às vezes perde a paciência e não sabe como agir com ele, e eu noto que a reação dele é uma reação muito forte. Então tem que ter jogo de cintura mesmo”* (suj.2.8). Barkley (1998, apud DESIDÉRIO; MIAZAKI, 2007) e seus estudos indicam que nível de estresse desses pais é geralmente mais alto que os vistos em pais de crianças que não têm o transtorno. A falta de compreensão sobre a situação que vai se desenhando com o passar do tempo pode possibilitar o surgimento de uma série de acusações, agressões, ressentimentos e conflitos intrafamiliares a respeito da educação da criança, seja entre os pais e mães e os filhos com TDAH; ou entre os pais; ou entre irmãos; ou entre sogros, sogras, genros e noras, e semelhantes (MATTOS, 2001 apud DESIDÉRIO; MIAZAKI, 2007), e isso pode ser visualizado na seguinte fala:

As irmãs mesmo nem acreditam que ele seja. Elas, durante muito tempo, não sei se hoje em dia, elas acham que ele é normal, precisa mesmo é bater e tal. Eu tive muita dificuldade com isso. Foi muito chato isso, entende? Porque nós temos o diagnóstico, temos convencimento, e você, dentro de casa, não encontra eco, pelo contrário, você encontra desconfiança, descrédito, entendeu? Então, foi muito chato (suj.2.3).

A partir do fechamento do diagnóstico, geralmente vem com ele o entendimento sobre os sintomas, suas origens e seus tratamentos, e também a informação de que esses não foram causados por erros na educação transmitida pelos pais e mães, mas sim, por uma disfunção neurológica, apesar dessa ainda ter etiologia exata desconhecida: *“Não queria aceitar que era alguma coisa, alguma patologia. E, procurei ajuda, e agora realmente eu sei o que é. Esse transtorno, esse déficit de atenção, de concentração, de limite”* (suj.2.6). Isso costuma gerar certo alívio para o grupo em questão, que não se sente mais responsabilizado ou culpabilizado pelo ‘comportamento desviante’ da

criança, além de dar uma explicação concreta aos demais familiares e à escola sobre o quadro.

A escola é outra instância que considera o diagnóstico de fundamental importância, pois pode desenvolver e aplicar estratégias didáticas mais individualizadas, de acordo com as necessidades da criança, e ainda excluir a possibilidade de que o aluno não estava aprendendo o esperado por falhas no método pedagógico adotado. Assim, percebe-se um movimento descrito nas críticas elaboradas pelos que condenam o fenômeno de medicalização do comportamento, o de localização do transtorno no sujeito acometido, sem a consideração dos fatores ambientais no desenvolvimento do mesmo (MOYSÉS; COLLARES, 2011; SOUZA, 2011; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JUNIOR, 2014). A família e a escola se eximem de serem implicações determinantes na situação e assumem um papel de rede de suporte, sendo a criança a protagonista.

No tocante ao tratamento, para esse grupo (e diferentemente do primeiro), os profissionais de saúde têm função fundamental no tratamento, como já mencionado, mas não detém a centralidade no quadro de forma tão absoluta, pois dividem com os pais, principalmente, e com a própria criança, a responsabilidade na melhora dos sintomas do transtorno. Por outro lado, o diagnóstico também gerou na maioria dos participantes do grupo receio quanto ao futuro dos filhos, como dito anteriormente. O medo de que eles tenham dificuldades no desempenho dos estudos, de atividades laborativas e nas relações interpessoais por conta do TDAH permeia o grupo de maneira importante, a ser dissolvido apenas com a constatação de que os sintomas cessaram (ressaltando que o DSM-IV fala apenas em diminuição dos sintomas e na entrada do transtorno em remissão).

3.2.2.2.4 Onde se fala: como e onde estão circulando os saberes

Um dos últimos blocos de perguntas do roteiro de entrevistas semiestruturado se debruçou sobre os modos de comunicação vigentes no grupo para colher informações sobre o TDAH e construir seus saberes sobre o objeto. A intenção mais específica foi investigar se e quais eventuais conteúdos têm participado da formação dos sistemas de valores do grupo, em que os saberes do grupo se ancoram no processo de construção

das representações. Praticamente todos os sujeitos disseram ter começado a se interessar sobre o tema apenas após a convocação pela escola para expor o desempenho acadêmico da criança e do início das avaliações especializadas: *“Assim, a gente já leu uma reportagem ou outra numa revista, mas uma leitura sem muito compromisso. Mas depois (do diagnóstico) você vai tentar mais a fundo”* (suj.2.5). Só um entrevistado disse que já lia sobre o TDAH anos antes de ter o filho diagnosticado com o transtorno, mas motivado também pela suspeita de que a filha mais velha tivesse os sintomas. Isso corrobora o dito anteriormente sobre a proximidade de o objeto ser um dos principais motivadores, nesse caso, à busca por informações sobre ele, além também da experiência cotidiana com a criança que tem o transtorno pressionando a construção de representações sociais.

Especificando, segundo Moscovici, tal construção ocorre porque os indivíduos sofrem pressão a inferência, pois o sujeito busca continuamente o consenso com seu grupo e *“a ação o obriga a estimar, comunicar e responder às exigências da situação a cada momento”* (SANTOS, 2005); porque há uma focalização, isto é, os indivíduos tendem a desprender uma atenção variável aos diversos aspectos do contexto social a depender de suas demandas; e porque há defasagem e dispersão de informações. Diante disso, as pessoas acabam por formular códigos comuns a fim de classificar e nomear, de forma única, as partes do mundo, e sua história individual e coletiva (MOSCOVICI, 1976). Acredita-se que isso ocorra com esse grupo quando o TDAH é o objeto em questão, pois as mobilizações que ele provoca na vida do sujeito acometido e da família faz com que se precise falar sobre ele para gerar comunicações sociais dentro de grupos onde o objeto é relevante.

As principais fontes de informações e conhecimento buscadas pelo grupo são os especialistas da área (neurologistas, psicólogos e psicopedagogos, majoritariamente), citados por 06 participantes: *“E conversei também com a pedagoga lá da creche, conversei com ela (...). Fui à pediatra para ela dizer alguma coisa também”* (suj.2.1). Geralmente, parte deles também indicações de livros sobre o tema, esses mencionados por 05 sujeitos como uma das fontes procuradas:

Ah, em alguns livros, né? Eu fui orientada também a ler algumas reportagens que a gente vê falando muito. Mas foi mais alguns livros que a própria neurologista orientou. A psicóloga também me deu uns 02 livros também pra eu ler. Foi mais isso, tanto nos livros e internet,

também. (...) Mas depois foi mais nos livros mesmo que eu fui orientada a ler (suj. 2.5).

Alguns desses foram mencionados anteriormente, e mostram que o crescente número de publicações desse tipo tem refletido a grande quantidade de estudos sendo realizados (independente da linha que defendem, retificando ou ratificando os postulados neurocientíficos) e o interesse que dados grupos sociais, como o analisado nessa pesquisa, vêm apresentando.

Observando essas questões, a autora realizou um levantamento de títulos sugeridos sobre o tema, a partir de uma lista elaborada e publicada no site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), em sites de vendas de livros e também pelos relatos dos entrevistados quando eles traziam nomes de livros que haviam sido sugeridos por especialistas ou familiares. Foram considerados os títulos, ano de publicação, autores, público alvo e sinopse dos livros (ou ainda resenhas, índices, prefácios, qualquer conteúdo disponível que falasse sobre a publicação). Esse levantamento resultou em 13 títulos, todos tendo o TDAH como objeto central, publicados entre 2005 e 2014. Desses, 04 eram voltados para especialistas do âmbito da saúde e/ou educação, com linguagem mais técnica e formal, escrito por pesquisadores proeminentes da área, sendo um deles derivado diretamente de um estudo científico. Seus conteúdos consistiam em dados construídos prioritariamente pela medicina, entendendo o TDAH como um transtorno mental, de origem cerebral, com implicações e tratamentos específicos, principalmente o uso de psicoestimulantes. Apenas 01 questionava não as definições do transtorno, mas as práticas educativas vigentes as quais deveriam ser repensadas para uma maior efetividade em crianças acometidas.

Os demais, os 09 restantes, eram voltados também para pais ou familiares e sujeitos acometidos pelo transtorno (02 deles especificamente pensando para crianças). Dessa forma, a linguagem era mais simples e acessível, sem utilização de grande quantidade de termos técnicos, intencionando a fácil compreensão de pessoas leigas na área de saúde e educação. Os objetivos mais comuns era o divulgar os conhecimentos científicos médicos sobre o transtorno e dar dicas/estratégias/formas de lidar com os sintomas e com os sujeitos acometidos por ele. Percebeu-se que nenhum livro mostrou, em sua sinopse ou em qualquer escrito sobre ele, a intenção de discutir as polêmicas existentes em torno do TDAH, seus dissensos e incertezas. Todos assumiram o objeto

como transtorno mental, com etiologia em definição (mas não questionável), sintomas claros, diagnóstico clínico criterioso e tratamento específico. Dessa forma, observa-se que, a partir das formas de apresentação e conteúdos desses livros, chega para o grupo apenas uma visão sobre o transtorno, a da neurologia.

Ao considerar que tais livros também ancoram a representação social construída pelo grupo, percebe-se que não são expostos nesses veículos problematizações ou visões outras, o que pode explicar algo da falta de polêmicas no grupo sobre definição, diagnóstico e tratamento do TDAH (lembrando que apenas uma participante já se indagou de forma mais enfática sobre a inclusão desse conjunto de comportamentos na categoria de patologia, embora no momento da entrevista ela se mostrasse mais inclinada a realmente aceitar a existência do transtorno). Já foi exposto anteriormente, outras correntes teóricas na ciência que questionam esses fatores e que põe em dúvida inclusive a classificação dessas características das crianças como sintomas de um transtorno mental, alegando, principalmente, a falta de estudos e dados longitudinais conclusivos sobre a causa dessas características e a determinação que elas seriam de ordem patológica (MOYSÉS; COLLARES, 2011; CROCHÍK; CROCHÍK, 2011). Contudo, isso não parece ser trazido pelos livros levantados pela pesquisadora.

Retomando postulados de Moscovici (1961/2012) sobre os sistemas de comunicação, pode-se sugerir, de forma preliminar, que se observa em alguns dos livros levantados a intenção dos autores em, mais que difundir os conteúdos de suas pesquisas sobre o TDAH, realizar uma propaganda de tais conteúdos e das concepções que têm sobre o transtorno, ou seja, uma patologia de ordem neurobiológica que atinge deficitariamente os mecanismos que regulam a atenção, flexibilidade e atividade do sujeito acometido. A maioria dos autores em questão é especialista da área de saúde, psiquiatras, neurologistas, psicólogos ou educadores, e geralmente é exposto nos livros suas trajetórias profissionais e aproximações com a temática. Assim, entende-se que eles fazem parte de um grupo localizado no campo da medicina (de forma geral), e que defendem a teoria do TDAH enquanto transtorno mental. A fonte das informações, os livros, é a expressão do grupo, e esses são reforçados pela “infraestrutura institucional suscetível de controlar as condutas e opiniões dos membros” (MOSCOVICI, 1961/2012, p. 443).

Percebe-se em certas publicações a função reguladora da propaganda, quando os autores afirmam e tentam reestabelecer a identidade do grupo a que pertencem, rejeitando contradições que ameacem seu equilíbrio e ação. A ideia principal e mais ressaltada pelos autores desse grupo é de que o TDAH não é uma ‘invenção’ da medicina ou das indústrias farmacêuticas, mas sim um transtorno mental, como já dito, evidenciado em diversos estudos científicos e que atinge uma parcela significativa da população, causando sofrimento para a vida dos sujeitos, devendo ser diagnosticado e tratado de maneira adequada, essencialmente com medicação. De acordo com Moscovici (1961/2012), a regulação feita pela propaganda objetiva eliminar o objeto de conflito, no caso, a existência do TDAH, e se colocar em uma posição de oposição a todo e qualquer grupo que negue sua teoria.

Vale ressaltar que o público a quem se destina a propaganda é restrito, ou seja, não há a circulação desses conteúdos de maneira maciça entre a população porque não são todos os grupos e sujeitos que se interessam pelo tema, como já percebido anteriormente. Assim, quem compra tais livros e os lê tem uma implicação importante com o objeto, como o grupo de pais de crianças diagnosticadas ou os próprios sujeitos acometidos, especialistas da área da saúde ou educadores, por exemplo. A propaganda é a mais complexa e elaborada dentre os sistemas de comunicação, e “se dirige a um grupo que já possui certa unidade, uma linguagem definida e um sistema de valores particular” (MOSCOVICI, 1961/2012, p. 361). E isso é dito de forma clara nos livros, em suas descrições sobre o público alvo dos conteúdos.

Também se observa a função organizadora da propaganda na elaboração adequada, para o grupo, dos conteúdos das comunicações, transformando seu campo social. Os variados aspectos que compõe o TDAH da maneira em que a medicina o concebe, de uma forma geral, são reorganizados para que sirvam aos propósitos do grupo em solidificar e ampliar a aceitação de sua teoria entre a população a quem se destina a comunicação. Dessa forma, o aumento do número de diagnósticos e de venda de medicação, por exemplo, não significa hiperdiagnóstico ou uso indiscriminado de um psicotrópico controlado, mas sim a melhora da formação dos profissionais médicos sobre o tema e do acesso da população aos serviços de saúde.

Na propaganda, como já dito, se faz necessária a construção de uma representação social do objeto pelo grupo. Para que esse possa agir na realidade de

acordo com o desejado, deve, de fato, representar o objeto como seu próprio real. Assim, a representação que esse grupo teria, ao menos em uma análise superficial (já que foge aos limites e objetivos desse estudo se aprofundar sobre esse ponto), congregaria elementos sobre a existência real do transtorno enquanto patologia mental; com sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade; nos prejuízos que causa ao funcionamento diário do sujeito em pelo menos duas áreas de sua vida; na necessidade de acompanhamento por profissionais de saúde e na utilização prioritária de psicoestimulantes para remissão do quadro.

Percebe-se atualmente uma situação característica em processos de propaganda, na qual há uma polarização dos grupos: de um lado, os que defendem a existência de TDAH e sua classificação enquanto entidade nosológica, e de outro os que ao menos interrogam essa teoria em algum dos seus aspectos e tecem críticas em relação a essa em algum ponto, ou até a refutam totalmente. Segundo Moscovici (1961/2012), o aparecimento dessa polaridade dos grupos acontece sempre que novos objetos sociais surgem no campo social, como no caso do TDAH. Há uma sistematização dos temas e dos princípios relacionados ao objeto, e ela é necessariamente dicotômica. O objetivo da propaganda então é, de fato, produzir uma conduta, uma ação, que no caso em questão, seria a aceitação irrefutável do objeto enquanto transtorno mental pela população, e as práticas sociais decorrentes desse, como a busca pelo diagnóstico e tratamento preconizado.

A internet e seus conteúdos também foram citados por 05 entrevistados. Eles dizem que uma das primeiras medidas tomadas assim que souberam do diagnóstico foi acessar sites ou notícias na internet que versavam sobre o TDAH, a fim de conhecerem mais sobre o transtorno: *“Na época, quando começou a falar, eu fui para internet. Quando a diretora falou. Foi, fui pra internet. Porque até eu, eu também não sabia”* (suj. 2.1); *“Comecei a ler, pesquisei na internet. Por acaso apareceram outras matérias em jornais, falando, outras matérias em revistas, aí a gente via lendo o que aparece, pesquisando na internet”* (suj. 2.7). Isso motivou, essencialmente, a realização do segundo estudo, com objetivo geral de tentar entender como e quais conteúdos têm sido produzidos e circulados na mídia sobre o transtorno, a fim de perceber se há alguma relação entre esses e a representação construídas pelo grupo. Esses serão aprofundados no próximo capítulo.

Pouco se falou sobre a circulação de saberes entre a família estendida dos entrevistados, talvez devido às dificuldades interpessoais anteriormente apresentadas antes da definição do diagnóstico e a não exposição demasiada da criança, por receio à estigmatização e preconceito: “*Só os mais próximos sabem* (suj. 2.1); “*Na minha família mesmo, não*” (suj. 2.7). E a ausência mais sentida nos elementos trazidos pelos sujeitos foi a escola. Apenas 01 entrevistado disse que a escola também foi fonte de informações, que o corpo docente e técnico as forneceu, quando procurada. Isso pode corroborar a ideia já sugerida anteriormente que a escola ainda se encontra pouco preparada para lidar com crianças acometidas pelo TDAH, e orientar pais e colegas sobre as características e necessidades dessa criança, de forma a proporcionar a ela o ambiente mais favorável possível para seu pleno desenvolvimento.

4. ESTUDO B: O TDAH E A IMPRENSA

Esse segundo estudo foi realizado a partir da coleta e análise dos dados do primeiro estudo, as entrevistas com pais de crianças em idade escolar, diagnosticadas (Grupo 02) ou não (Grupo 01) com TDAH. Ele não estava previsto inicialmente, mas foi idealizado na tentativa de elucidar algumas questões referentes à representação social construída pelo Grupo 02 para dar sentido ao objeto. Ao perceber na análise que uma parcela significativa de participantes do Grupo 02 trazia os meios de comunicação, principalmente a internet, como uma fonte onde buscavam informações e conhecimentos sobre o TDAH, surgiu o interesse da pesquisadora em tentar investigar que informações e conhecimentos eram esses que estavam sendo divulgados em tal espaço, e se as RS construídas pelo grupo se ancoram em tais conteúdos e de que forma. Foi tomado como base um reconhecido veículo de comunicação de massa, com importante potencial de inserção no grupo em questão. Apenas um foi investigado pelos limites inerentes a uma pesquisa desse porte. Vale ressaltar que esse não é um estudo de representação social, sua intenção não é analisar quais as RS construídas pelo dado veículo, mas sim investigar mais profundamente o processo de ancoragem que rege a formação das RS do grupo de pais, alvo dessa pesquisa. Apresenta-se esse estudo em separado do primeiro para uma melhor compreensão do leitor, pois teve metodologia e análise particulares.

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1.1 A Revista

Esse estudo também teve caráter qualitativo, como já dito anteriormente, e consistiu em um levantamento e análise de conteúdos de matérias produzidas e publicadas pela Revista Veja, da editora Abril. Segundo o Instituto Verificador de Circulação⁸, a Veja é a revista semanal de maior circulação nacional, chegando a vender (por assinaturas e avulsas) entre Janeiro e Setembro de 2013, quase três vezes mais que a segunda colocada nesse ranking, a revista Época. Criada em 1968 por uma dupla de

⁸ Disponível em: <http://aner.org.br/dados-de-mercado/circulacao/>. Acesso em: 10 dez. 2014.

jornalistas, aborda temas diversos, de política a artes. Seus leitores, de acordo com dados do Target Group Index⁹, de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2014, foram compostos de 55% de mulheres e 45% de homens; e no tocante à classe econômica, 15% pertenciam à classe A, 51% à classe B, 30% à classe C e 3% à classe D e E. Dessa forma, percebe-se que ela circula, em sua grande maioria, entre indivíduos da chamada ‘classe média’ brasileira, o público alvo dessa pesquisa.

Inicialmente disponível apenas na versão impressa, hoje conta com todo seu conteúdo, desde os primeiros números, na versão on-line. O site da revista é de fácil acesso e compreensão, inclusive a sessão destinada às buscas. O resultado é apresentado de forma clara, de acordo com os critérios determinados pelo pesquisador, ordenados por importância ou por data. Por esse motivo, a facilidade de acesso às matérias, o levantamento do conteúdo referente ao TDAH foi realizado na versão on-line.

4.1.2 Procedimento de Construção dos Dados

A partir do acesso ao site da Veja e aos conteúdos disponíveis em sua versão on-line, sem restrição de data e a partir dos descritores “TDAH”, “TDA”, “déficit de atenção” e “hiperatividade”, foi realizada a leitura de todo o material resultante. Dentre eles, foram selecionados 55 artigos para análise, os quais 44 tinham como tema central apenas o TDAH e 11 tinham o transtorno entre outros temas relacionados (ver APÊNDICE C). Eles foram dispostos pela data de publicação e pelo título. No ano de 2014, até setembro (data do levantamento), foram publicadas 08 matérias; em 2013, foram 15 matérias; em 2012, foram 10; em 2011, foram 08; em 2010 foram 05; em 2009, 01 matéria foi publicada, assim como no ano 2000.

4.1.3 Procedimento de Análise dos Dados

A análise dos dados se deu a partir da utilização do ALCESTE. A intenção foi ter acesso aos conteúdos das matérias de forma organizada, a fim de poder visualizar

⁹ Disponível e: <http://www.publiabril.com.br/marcas/veja/revista/informacoes-gerais>. Acesso em 10 dez. 2014.

seus teores mais frequentes e significativos para os objetivos desse estudo, e o referido software se propõe a fazê-lo de forma bastante satisfatória. Após seleção das matérias que atendiam aos critérios, foi elaborado um corpus de análise a ser rodado pelo software, de acordo com as instruções elaboradas pelo mesmo, a fim de descobrir as informações essenciais do texto, extraindo suas estruturas mais significativas (ver cap. 3.1.3). Nesse estudo, o resultado oferecido pelo software foi satisfatório, pois a taxa de unidades textuais classificadas foi de 66%. Seguido a essa classificação, foi realizada também uma análise semântica de conteúdo, “com o intuito de extrair o sentido do discurso” (MORAIS, 2013, p. 53) e interpretar os dados fornecidos na primeira etapa.

4.2 Resultados e Discussões

O ALCESTE, após analisar o corpus das matérias inserido, forneceu o seguinte dendrograma:

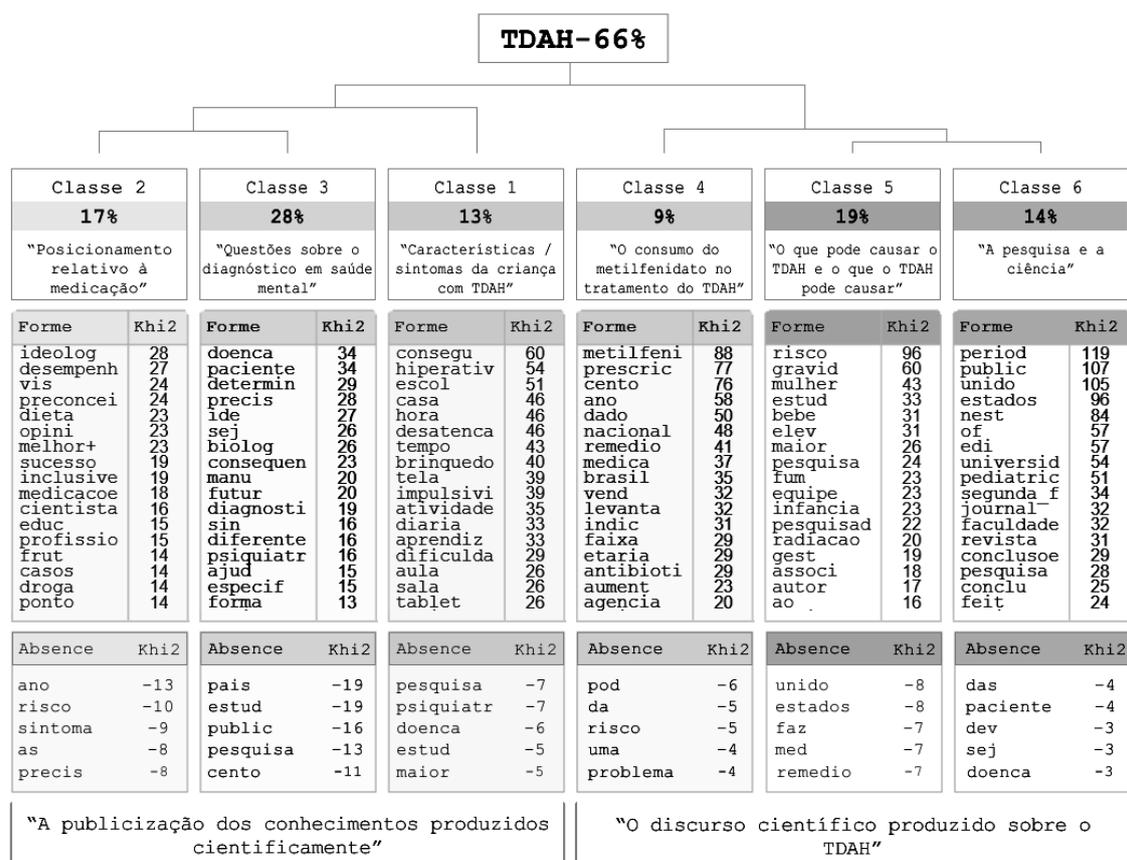


Figura 1 – Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente sobre o TDAH na imprensa

Observando o dendrograma e a árvore de classificações, percebe-se a existência de 06 classes construídas, que foram constituídas por 66% das unidades de contexto elementar. O restante não foi considerado por não possuírem relevância para a análise. Ao se deter sobre as classes construídas pelo software, a autora nomeou cada uma delas e os blocos que formavam de acordo com a organização dos termos e seus significados para o estudo: o Bloco I (à direita), entendido como *o discurso científico produzido sobre o TDAH*; composto pela Classe 04 – *o consumo do Metilfenidato no tratamento do TDAH*; Classe 05 – *o que pode causar o TDAH e o que TDAH pode causar*; e Classe 06 – *a pesquisa e a ciência*; e o Bloco II (à esquerda), compreendido como a *publicização dos conhecimentos produzidos cientificamente*, formado pela Classe 02 – *posicionamento relativo à medicação*; Classe 03 – *questões sobre o diagnóstico em saúde mental*; e Classe 01 – *características/sintomas da criança com TDAH*; Os resultados e suas discussões serão organizados a partir dos blocos resultantes da análise do ALCESTE e das classes que os compõe. Devido ao aparecimento de conteúdos semelhantes nos dois estudos realizados, foi possível traçar um paralelo entre as classes e as categorias construídas para apresentar a representação do Grupo 02.

4.2.2 Bloco I – Classes 04, 05 e 06: O discurso científico produzido sobre o TDAH

Esse primeiro bloco, mais à direita do dendrograma, se constituiu nas classes que versavam sobre a maneira como a ciência, principalmente a medicina, vem pesquisando e produzindo conhecimentos acerca do TDAH. Tal bloco é marcado pelo relato de resultados de estudos e percepções realizados pela ciência, ou seja, é ela quem fala primeiramente. A partir de seus postulados, o segundo bloco se configura como a disseminação desses constructos.

A Classe 04 (‘o consumo do metilfenidato no tratamento do TDAH’) se centra sobre a constatação do aumento exponencial da quantidade de metilfenidato vendida no Brasil e no mundo: “*Em dez anos, a importação e a produção de metilfenidato (...) cresceram 373 % no Brasil. A maior disponibilidade do remédio no mercado nacional impulsionou um aumento de 775 % no consumo da droga, usada no tratamento do TDAH*” (matéria 03). Os temas que mais aparecem nela são: *metilfenidato, prescrição, ano, dado, nacional, remédio, medicamento, Brasil, vendas, levantamento, aumento,*

consumo, jovens, adolescentes, diagnosticados, Anvisa, entre outros. Pertence a essa classe a única matéria (a 33) entre as selecionadas a qual fala sobre um estudo que questiona e problematiza a forma como vem sendo realizado o diagnóstico de TDAH, além de defender que mais pesquisas se detenham sobre o fenômeno do hiperdiagnóstico. Esse estudo cita que a explosão no número de vendas do metilfenidato é um indício importante ao se considerar que o transtorno vem sendo diagnosticado em excesso:

A explosão no número de vendas de metilfenidato (...) já dava pistas de que o transtorno estava sendo diagnosticado em excesso (...). Segundo o estudo, psicoterapeutas e psiquiatras infantis usam intuição e métodos não comprovados cientificamente para chegar ao diagnóstico do TDAH, e não critérios reconhecidos. O resultado é uma leva de crianças sendo tratadas inutilmente. (...) Considerando essas estatísticas, há uma importante falta de pesquisa sobre o diagnóstico do TDAH. Silvia Schneider e Katrin Bruchmüller, responsáveis pelo estudo dizem que apesar do forte interesse público, poucos estudos empíricos tratam desse assunto. Enquanto nas décadas de 1970 e 1980 uma certa ascensão de estudos sobre a frequência e as razões para os diagnósticos errados foi verificada, as pesquisas atuais dificilmente examinam esse fenômeno (matéria 33).

Entre as demais matérias que trazem a constatação nesse aumento das vendas, 04 relatam a concepção de determinados especialistas que isso se deve à maior divulgação do transtorno e do número de pessoas que passaram a ter acesso à medicação, mas também traz outros especialistas alertando para o aumento do uso por sujeitos que não foram acometidos pelo transtorno e de diagnósticos equivocados, e/ou por falta de conhecimento adequado, e/ou pela ansiedade e pressão de pais e professores por uma resolução às dificuldades apresentadas pela criança, recaindo na medicalização de seu comportamento, exemplificado no recorte a seguir:

Pode ser que isso (aumento dos casos e vendas) esteja relacionado à pressão das indústrias farmacêuticas para vender mais remédios ou à pressão que os pais fazem para que seus filhos se saiam melhor na escola, por exemplo. Mas esse aumento também revela que casos de TDAH que não seriam reconhecidos agora são tratados, e que agora os médicos finalmente são capazes de diagnosticar uma criança com o problema. Ele completa que o lado ruim é que pode haver crianças normais que são normalmente hiperativas, mas que recebem o diagnóstico e passam a tomar remédios (matéria 16).

As outras 02 matérias creditam o aumento na produção e consumo do psicoestimulante apenas ao maior conhecimento da população e dos especialistas, resultando em mais diagnósticos do TDAH:

Para Alessandra Cavalcante, pediatra do Hospital São Luiz, em São Paulo, a razão do aumento da prescrição de medicamentos para TDAH não está relacionada a um excesso de diagnósticos, mas sim a um maior nível de informação de pais e médicos. A médica diz que isto é uma coisa boa, já que o transtorno, quanto mais cedo for tratado, menos problemas causará no futuro (matéria 31).

Percebe-se como ausência significativa apontada pelo ALCESTE, nessa classe, o termo *risco*. Mesmo se falando do metilfenidato, um psicotrópico de uso controlado pelos órgãos de saúde no país pelo seu potencial abusivo e efeitos colaterais importantes, esses aspectos não foram trazidos pelas matérias analisadas. É interessante pontuar novamente que muitas das críticas em relação ao TDAH consistem no tratamento utilizado ser essencialmente medicamentoso e na falta de estudos ainda conclusivos sobre as influências que esse teria na vida do usuário. Esse então é mais um ponto polêmico sobre o transtorno que foi não relatado nas matérias, pois vai de encontro à visão médica difundida no meio. Contudo, ainda se observa nessa classe uma maior diversificação da forma como o diagnóstico e o tratamento do TDAH na figura da medicação foram abordados pelos conteúdos das matérias. E o fato dela pertencer ao segundo bloco pode corroborar o que já havia sido visto ao se estudar o transtorno em sua amplitude, que o próprio discurso científico não se constrói nem se apresenta de forma consensual. O TDAH e seus fatores ainda são constituídos de diversas polêmicas e questionamentos e requer maior número de pesquisas e de hipóteses explicativas na medicina, mas também em associação com outras áreas afins, como a psicologia, educação, sociologia e nutrição.

Seguindo a observação na árvore de classificações, se vê que as Classes 05 (‘o que pode causar o TDAH e o que o TDAH pode causar’) e 06 (‘a pesquisa e a ciência’) se encontram relacionadas. A Classe 06 é composta essencialmente de termos relacionados às pesquisas realizadas pela ciência, principalmente as áreas de genética, neurologia e psiquiatria, geralmente desenvolvidas nos Estados Unidos, e que originam conhecimentos sobre o TDAH, nas mais diversas esferas. São palavras significativas: *período, público, Estados Unidos, universidade, journal, faculdade, revista, conclusões, pesquisa, estudo, Havard, psychiatry, médico, desordens*, entre outros. E a Classe 05 expressa alguns dos resultados dessas pesquisas. Ela levanta possíveis fatores que influenciam no aparecimento do transtorno, como uso de cigarros de tabaco, metanfetaminas, antidepressivos e analgésicos na gravidez; infância permeada por

insônia ou crises afetivas; paternidade tardia; presença de asma na infância; falta de oxigenação ao feto e alta exposição à radiação durante a gravidez, entre outros. São termos significativos *risco, gravidez, estudo, bebê, pesquisa, infância, pesquisador, radiação, gestação, feto, genética, propensos, antidepressivo, mãe*, entre outros.

A Classe 05 fala também sobre algumas propensões e/ou consequências que o TDAH causa na vida da pessoa que foi acometida, tanto no momento presente quanto no futuro, a partir de resultados das pesquisas. Ela sugere uma série de implicações, como maior risco de obesidade e tabagismo na adultez, e de demência na velhice; desaceleração do crescimento devido ao uso da medicação; e também refuta a ideia polêmica de que o uso do metilfenidato aumenta o risco de abuso de outras drogas: “*Um estudo publicado (...) sugere que crianças com TDAH têm um risco maior de apresentarem um peso corporal mais elevado e de serem obesas na vida adulta*” (matéria 15); “*Crianças que apresentam comportamentos associados ao TDAH, são mais propensas fumar ao longo da vida do que aquelas que não têm o distúrbio*” (matéria 25).

Essas duas Classes, a 05 e a 06 se detêm sobre a explicação do transtorno e suas origens, questões as quais a ciência costuma se ocupar, por ser ela quem produziu o objeto, baseada em seus métodos e técnicas de investigação e sistematização de dados. Esse tipo de informação, talvez devido ao seu caráter mais técnico, não aparece reproduzido ‘tal qual’ nos discursos de grupos leigos, sendo apropriado e reorganizado de forma a explicar o objeto de maneira mais simples e direta, servindo aos propósitos de compreensão e manejo de sua realidade. Isso também é corroborado pelo dendrograma, pois o segundo bloco, entendido como a publicização dos conhecimentos produzidos cientificamente, não apresenta significativamente elementos referentes à definição e etiologia do transtorno. Vale ressaltar que nessa categoria não aparecem discursos contestadores sobre esses últimos aspectos do TDAH, percebendo-se a predominância absoluta do discurso médico que postula a existência do transtorno de maneira incontestável.

4.2.1 Bloco II – Classes 02, 03 e 01: a publicização dos conhecimentos produzidos cientificamente

Por sua vez, o bloco seguinte (localizado à esquerda do dendrograma) agregou três classes que podem ser percebidas como formadas por conteúdos relativos à forma como o conhecimento produzido pela ciência, principalmente a medicina, vem sendo difundido para a sociedade. A Classe 02, chamada de ‘posicionamento relativo à medicação’ se refere à forma como a sociedade, leiga e científica, vem entendendo e se posicionando sobre o metilfenidato. Os termos mais significativos foram *ideologia, desempenho, preconceito, opinião, melhora, sucesso, medicações, cientista, educação, profissionais, droga, capacidade, efeito e dieta*.

Percebem-se, nessa classe, discursos diferentes sobre a questão da medicação. Médicos e cientistas da área da saúde, em sua maioria, defendem o uso de metilfenidato, muitas vezes como único recurso efetivo para o tratamento do TDAH e melhora no quadro. Para isso, relatam resultados de diversos estudos que comprovariam sua eficácia no comportamento e a não existência de efeitos colaterais que inviabilizariam seu uso: “*A Ritalina (...) ajuda pessoas com TDAH a se concentrar com mais facilidade. (...) um paciente com TDAH tem seu processo de atenção desregulado na liberação de dopamina. A medicação estabelece o funcionamento adequado*” (matéria 52).

Contudo, há uma crítica crescente sobre a utilização do metilfenidato não apenas para tratamento do TDAH e de outros transtornos, mas como “anabolizante cerebral”, ou seja, tem se feito o uso da medicação para aumentar os níveis de atenção e concentração por sujeitos que não apresentam patologias da atenção, no intuito de melhorar seu desempenho intelectual e conseguir atingir objetivos mais rapidamente. Foi exposto anteriormente que há neurologistas proeminentes na área que consideram válido o uso de metilfenidato mesmo para tais fins, com acompanhamento necessário. Vestibulandos, ‘concurseiros’ e estudantes de pós-graduação, por exemplo, têm procurado a droga, que mesmo necessitando de receituário especial controlado para sua compra, tem sido vendida pela internet e já apareceu no rol dos medicamentos apreendidos pela Polícia Civil em operações para coibir a venda ilegal de fármaco, como visto no recorte a seguir:

Um remédio para tratar Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, que deveria ser vendido apenas com receita

médica, passou a ser usado sem prescrição por estudantes e candidatos de concursos públicos interessados em turbinar o cérebro para os estudos. Neste ano, o cloridrato de metilfenidato, comercialmente conhecido como Ritalina ou Concerta, apareceu no rol de medicamentos apreendidos pela Polícia Civil em operações para coibir a venda ilegal de fármacos (...) O delegado diz que agora, toda operação com medicamentos irregulares tem Ritalina. (...) Médicos ouvidos pelo Jornal da Tarde confirmam que jovens sem diagnóstico de TDAH, interessados apenas em aumentar a capacidade cognitiva, têm procurado o remédio. O problema é que a droga, que já é vendida até mesmo pela internet, pode desencadear uma série de efeitos colaterais se mal administrada, convulsões, taquicardia, dificuldade para respirar, confusão mental e espasmos musculares (matéria 29).

Aqui também nessa classe que fala sobre a medicação há a ausência significativa do termo *risco*, o que pode corroborar o já dito sobre a exclusão das polêmicas acerca dos efeitos que a medicação pode causar no usuário por isso trazer questionamentos sobre o tratamento do transtorno.

A Classe 03 traz pontos referentes às ‘questões sobre o diagnóstico das doenças mentais’. Segundo os dados construídos, o TDAH seria inegavelmente uma doença mental, de origem neurológica, embora ainda não se saiba ao certo os mecanismos que atuam nessa disfunção. Diversas teorias foram construídas nesse sentido e isso é visto em diversas matérias, mas não parece haver ainda um consenso da área sobre a etiologia do transtorno. Ressalta-se aqui que nessa classe, o termo mais amplamente utilizado é ‘doença’ (esse o elemento mais trazido na categoria) e não ‘transtorno’, e isso se deve, provavelmente, a não diferenciação dos termos em boa parte da literatura médica, e por se referir também a doenças que não apenas o TDAH.

Segundo o conteúdo da revista, reconhece-se, atualmente, a dificuldade de profissionais médicos de diagnosticar a grande maioria das doenças mentais devido ao diagnóstico ser essencialmente clínico. Não há achados laboratoriais, físicos ou de imagem que possam determinar, ou mesmo ajudar, na identificação e comprovação dessas doenças. Assim, mesmo com a recente publicação do DSM-V, pela APA, diversos pesquisadores, alguns entrevistados pelas matérias publicadas, destacam a importância, e até certa urgência, em pesquisar e desenvolver dispositivos que proporcionem aos médicos diagnósticos mais exatos em psiquiatria, localizando as doenças mentais em estruturas do corpo, comprovando que elas se originariam de alterações orgânicas concretas. Isso ajudaria, inclusive, a enfraquecer os discursos de

determinadas correntes as quais criticam a medicalização da vida e do comportamento, e conseqüentemente, o diagnóstico de certas doenças mentais, como o TDAH, como visto no recorte abaixo:

(pesquisadores) Escreveram que o presente estudo pode contribuir para um futuro sistema de diagnósticos que poderia ser baseado não somente em categorias clínicas, mas também em fatores biológicos que ajudariam o médico a determinar um tratamento adequado a seu paciente. A importância desse estudo é que ele mostra que caminhamos cada vez mais para circundar as doenças psiquiátricas sob todos os seus aspectos, ou seja, sintomas e sinais, curso e evolução, antecedentes familiares e biologia, que inclui genética, imagens cerebrais e outros potenciais marcadores em estudo (matéria 20).

Aqui, o discurso predominante é o psiquiátrico, não aparecendo questionamentos e problematizações sobre o transtorno na comunidade científica ou entre a população leiga, mesmo se admitindo que o diagnóstico é realizado com base no comportamento aparente - considerados sintomas - dos sujeitos presumidamente acometidas, e não em dados consensuais da área.

Por fim, a Classe 01 agrega todos os termos que se relacionam às ‘características/sintomas da criança com TDAH’. Os principais critérios diagnósticos, a *hiperatividade*, a *desatenção* e a *impulsividade* aparecem, nessa ordem, como presenças significativas no quadro de resultados dessa classe. Tal quadro traz elementos bastante claros quanto à maneira como o transtorno se expressaria na criança e algumas de suas implicações no cotidiano: na *escola*, principalmente na *sala de aula*, e em *casa*, de forma *diária*, na *dificuldade* para as *tarefas* e *atividades*, *constante* e com grande *frequência*:

Desatenção, evita tarefas que requerem esforço mental por longo tempo; esquece as atividades diárias; não consegue se concentrar em tarefas e distrai-se com qualquer ruído externo; não consegue seguir instruções até o final nem terminar trabalhos; tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; perde com frequência brinquedos e material escolar; tem dificuldade em prestar atenção quando lhe falam diretamente; não observa detalhes e comete erros por descuido em exercícios escolares e outras atividades; tem baixo rendimento escolar (matéria 55)

Segue a reprodução percebida na primeira categoria do discurso médico científico, embora ele não apareça explicitamente. São ausências significativas os termos *pesquisa*, *psiquiatra*, *doença*, *estudo*, *cérebro*, *paciente*, *genético*, entre outros. Por essa classe

pertencer ao Bloco II, o que ela expressa já são as conclusões e postulados defendidos pela área, aparentemente de modo a já atingir os leitores, leigos em sua maioria, com informações mais simplificadas e reconhecíveis em seu cotidiano, visando uma maior introdução no grupo.

Analisando todas as 55 matérias selecionadas para esse estudo, observa-se que elas seguem uma dinâmica, evidenciada na forma como se constituíram os dois blocos na árvore de classificações, de se apoiar majoritariamente nos discursos da área médica, por meio de resultados de pesquisas realizadas ou entrevistas com especialistas para abordar o TDAH, mesmo que a área não forneça explicações conclusivas e homogêneas, ao se falar sobre o tema. Dessa maneira, percebe-se certa uniformidade na origem dos conteúdos elaborados para explicar o objeto e seus aspectos centrais. Quanto à polêmica central, sobre a existência ou não do TDAH enquanto patologia, nenhuma das matérias apresenta contestações à teoria mais difundida pela área médica, admitindo invariavelmente que ele existe como um distúrbio neuropsiquiátrico. Há também consenso em relação aos sintomas apresentados pelos sujeitos acometidos e suas implicações na vida cotidiana. O único aspecto trazido pelas matérias que congrega visões distintas ao seu redor é sobre o tratamento. Como já visto, há matérias que mostram em seus conteúdos posições diferentes principalmente sobre os efeitos do metilfenidato e seus usos diversos.

De acordo com os postulados de Moscovici (1961/2012) sobre os sistemas de comunicação, nesse conjunto de matérias analisadas, pode-se observar o processo de *difusão* do objeto. A fonte da comunicação, a Revista Veja, não manifesta intenções ou orientações bem definidas quanto às publicações, não havendo relação direta entre comunicação e condutas. A revista assume um papel de mediador, e isso implica que o objeto também lhe seja exterior, então ele é um receptor, assim como o público. Devido ao fato dele não ser apropriado sobre o tema, há o auxílio de um 'expert', e se vê que as matérias se valem, em sua grande maioria, de inserções profissionais em seus conteúdos, como pesquisas ou especialistas, que se detenham sobre o objeto. Essas conferem confiabilidade às proposições expressas e também funcionam para localizar o autor como mero agente de ligação entre as posições das autoridades e do público.

Assim, a difusão não é direcionada a um grupo específico, mas à massa, sendo essa composta de grupos heterogêneos, mas que se mantém ligados por suas relações

sociais. Contudo, como percebido na análise dos dados de ambos os grupos investigados, geralmente o público que procura e lê as matérias sobre o tema tem um interesse prévio sobre o assunto devido a uma eventual proximidade com ele. Então, possivelmente, os receptores das mensagens se tornam mais restritos devido o objeto ser relevante apenas para alguns grupos. Os conteúdos veiculados nessas matérias, no processo de difusão, não podem ser entendidos como contraditórios ou opostos, mas apenas não foram sistematizados. Nesse processo não há intenção em polarizar posições e condutas, como na propaganda, dada a ausência de necessidade de unidade de grupo e de representações. O propósito é simplesmente falar sobre o TDAH, devido a importância que ele vem adquirindo ao passar do tempo.

Moscovici (1961/2012) defendia que os veículos de grande tiragem, como a Revista Veja, evitam publicações que choquem com valores de grupos bem definidos. A ideia é mais falar que agir, de fato. As mensagens têm relativa autonomia, manifestadas por sua descontinuidade, o que pode suscitar opiniões e condutas. Mas o trabalho principal da difusão é familiarizar, enraizar e modificar a orientação de dado objeto social. A linguagem é percebida em duas vias, no resultado da difusão do TDAH e como instrumento para essa difusão. Termos relacionados ao objeto, como ‘hiperativo’, ‘desatento’, ‘agitado’, entre outros, são utilizados para falar sobre ele na difusão de informações, mas também são produtos dos saberes construídos sobre o objeto, e incorporados pelos grupos na interpretação de uma relação ou de um personagem.

Assim, diferentemente do constatado no processo de propaganda dos livros levantados sobre o assunto, na difusão não há intenção direta de se produzir nas pessoas um comportamento global. Contudo, a tendência de eclosão de opiniões sobre um problema específico, no caso, o TDAH, pode gerar efeitos sobre a conduta. Não há implicação do veículo com o objeto, os conteúdos das matérias são escritos por diversos autores e praticamente nenhum deles se alinha a algum grupo com orientação ideológica definida ou que tenha o objetivo de suscitar ações determinadas. A Revista Veja enquanto veículo de comunicação de massa não se posiciona de maneira explícita ao falar sobre saúde, educação ou ciência, áreas onde se discute o objeto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo central investigar os saberes construídos por pais de crianças em idade escolar para dar sentido ao TDAH. Para tal, foram realizados dois estudos distintos: o Estudo A se deu a partir de entrevistas com os pais, com um roteiro de entrevista semiestruturado, áudio-gravadas e transcritas, analisadas principalmente através da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009); e no Estudo B foram levantadas e analisadas, pelo software ALCESTE, 55 matérias publicadas em um veículo de comunicação de massa, a Revista Veja, a fim de entender se e como esses conteúdos se relacionam com as eventuais representações formuladas pelos pais.

Inicialmente, no Estudo A, o grupo em questão foi dividido entre pais de crianças que não tinham diagnóstico de TDAH (Grupo 01) e pais de crianças que haviam recebido tal diagnóstico (Grupo 02). Como já dito, ao se entrevistar os participantes do Grupo 01, observou-se que os saberes que eles expressam sobre o objeto não são sistematizados, pois o grupo não apresenta proximidade com o TDAH ou tem experiências significativas que pudessem fazer com que ele se implicasse com essa temática a ponto de construir representações sociais sobre ela.

Alguns participantes entendem o TDAH como uma patologia, embora não detalhem pontos sobre etiologia e prognóstico, e outros consideram a definição do quadro enquanto transtorno pouco confiável, dando explicações outras sobre as características no comportamento das crianças. O tratamento seria essencialmente especializado, com ajuda da família e da escola. O grupo diz pouco saber sobre o tema e não manifesta motivação em procurar fontes de informação sobre ele. Observou-se então que mesmo o TDAH sendo considerado por estudos epidemiológicos o transtorno neuropediátrico que mais acomete as crianças, ser cercado de polêmicas e polissemias e atrair interesse cada vez maior da comunidade científica, por exemplo, isso tudo não foi suficiente para que o Grupo 01 também elaborasse representações sobre ele.

Por sua vez, pôde-se perceber que os participantes do Grupo 02, partindo das experiências com seus filhos, construíram RS sobre o TDAH. Tal representação foi objetivada em elementos sobre sua *definição, origem, sintomas, consequências e tratamento*. Esses foram selecionados e descontextualizados, a partir dos conhecimentos e valores que o grupo já possuía anteriormente, e também naturalizados, já sendo

identificados como partes integrantes da realidade do objeto (SANTOS, 2005). Quanto à definição, o TDAH é entendido pelo grupo como um transtorno mental, que seria diferente, em sua visão, de uma doença mental. A primeira não seria incapacitante ou tão complexa e grave quanto a segunda. O TDAH seria mais um problema, uma dificuldade que a criança enfrenta e que é passível de resolução com o tratamento adequado, além do próprio processo de crescimento e amadurecimento esperado para o indivíduo. Sobre a origem, o grupo pouco expressa elementos referentes à causa do transtorno, localizando, em sua maioria, o TDAH no cérebro do sujeito. Referem também o componente hereditário que o transtorno carrega e chegam até a apontar de qual parente ele o teria herdado.

No tocante aos sintomas do TDAH, todos se referem à desatenção, seguido pela agitação, como característicos do transtorno. Trazem também outros elementos, como a ansiedade, impulsividade, desorganização, agressividade, impaciência, e etc. A hiperatividade é um aspecto tão marcante e reconhecido no TDAH que chega a ser citada como sinônimo do mesmo. Como consequências, o grupo menciona a queda do rendimento escolar, as dificuldades de interação com os familiares e com os colegas e o comprometimento da autoestima. Contudo, fazem questão de ressaltar facilidades e potencialidades que as crianças apresentam em outras áreas, que não a escolar.

O tratamento conduzido por especialistas é visto como de fundamental importância nos casos de TDAH, e consiste essencialmente em acompanhamento neurológico, psicológico e psicopedagógico, tais articulados também com a atuação principalmente da família, no intuito de superar as dificuldades apresentadas pelas crianças. O uso de psicotrópicos é reconhecido pelo grupo como válido, e em muitos casos essencial, mas ainda é cercado de dúvidas e receios quanto à implicação que eles podem ter no desenvolvimento neurológico e psicológico da criança. Os participantes creem que, com a devida assistência e esforço individual, é possível a cura do transtorno e a realização de planos e metas na adolescência e na vida adulta. Assim, de acordo com tal representação, sugere-se que o grupo formou o núcleo figurativo do objeto, esse consistindo na imagem de uma criança hiperativa e desatenta, que apresenta dificuldades na escola, que precisa de acompanhamento especializado por conta de seu comportamento dificultoso, mas que também habilidades e potencialidades para superar os sintomas e desenvolver-se plenamente.

Entende-se que a construção de tais saberes sobre do TDAH pelo Grupo 02 serviu para que os sujeitos pudessem *dar sentido* à realidade que vivem cotidianamente em suas casas, com seus filhos, facilitando a comunicação entre os familiares, especialistas da área de saúde e da educação, à medida que todos passam a falar sobre o objeto partindo das premissas semelhantes; pôde *orientar* os pais na busca pelas informações necessárias para desenvolverem a melhor forma de lidarem e ajudarem seus filhos em seu contexto, e *justificar* tais condutas de acordo com os saberes construídos e compartilhadas; e forneceu ao grupo uma *identidade*, pela qual os sujeitos se reconhecem e se protegem, diferenciando-se dos demais. Assim, corrobora-se a concepção de que os saberes elaborados se organizam sistematicamente, formando RS, pois observam-se todas as funções que a representação desempenha na construção da realidade social (SANTOS, 2005; ABRIC, 1998).

As RS elaboradas pelo Grupo 02 se ancoram em diversos sistemas de pensamento já existentes, criando ao redor do novo objeto uma rede de significações através da comparação com categorias que já foram internalizadas (SANTOS, 2005). Para tal, o grupo relatou ter se utilizado, prioritariamente, dos discursos dos especialistas procurados e que conduziram o tratamento, como neurologistas, psicólogos e psicopedagogos. Como cientistas, praticamente todas as informações transmitidas por tais profissionais estava embasado na literatura das ciências da saúde, principalmente a médica, a qual postula, de maneira geral, a existência do transtorno enquanto patologia, suas origens neurocerebrais e neuroquímicas, e seu tratamento especializado, muitas vezes lançando mão de psicotrópicos.

Ademais, o grupo disse ter consultado fontes variadas de informação, como conteúdos publicados em revistas, livros e sites da internet, em sua maioria. Sobre os livros, como já exposto, foram levantados títulos sobre o tema e percebeu-se que seus conteúdos também foram construídos a partir de dados médicos, sem a exposição das polêmicas e críticas realizadas atualmente por diversas áreas do conhecimento, principalmente em relação à definição do objeto e suas formas de tratamento. Por isso, entendeu-se que, muitas vezes, a intenção de tais publicações foi, além de divulgar informações sobre o TDAH, fazer propaganda dessa única concepção sobre o objeto, a preconizada pela neurologia (MOSCOVICI, 1961/2012).

Sobre as revistas, foi a partir do relato dos participantes que se desenhou o Estudo B e sua intenção de se deter especificamente sobre matérias veiculadas em uma revista de grande circulação nacional, a *Veja*; investigar quais os conteúdos e informações que estavam sendo disseminadas para a população de uma forma geral; e analisar se elas estavam ancorando as RS construídas pelo grupo, e de que forma. No tocante aos conteúdos, a partir dos resultados fornecidos pelo ALCESTE e que se dividiram em dois grandes blocos: o *discurso científico produzido sobre o TDAH* e a *publicização dos conhecimentos produzidos cientificamente*, pôde-se traçar um paralelo entre os elementos trazidos nas matérias e nos discursos do Grupo 02, relativos à definição, origem, sintomas, consequências e tratamento do TDAH.

Quanto à definição, retratada na categoria ‘o que é e de onde vem’, do Grupo 02-Estudo A, não há dúvidas, segundo as matérias, sobre o caráter patológico do TDAH e sua origem neurológica, embora fique claro que não se sabe ao certo os mecanismos atuantes no transtorno e que causam seus sintomas. A Classe 03 se associaria a tal categoria a medida em que traz pontos referentes à dificuldade que se tem ainda atualmente em realizar diagnósticos em saúde mental devido à falta de dados que não sejam apenas clínicos e, portanto, não inteiramente conclusivos. As Classes 05 e 06 trazem pontos que se relacionam, à medida que Classe 06 apresenta conteúdos sobre as pesquisas realizadas pela genética, neurologia e psiquiatria, essencialmente, e a Classe 05 levanta alguns dos resultados dessas pesquisas, principalmente os que relatam fatores que podem influenciar no aparecimento do TDAH.

A categoria ‘como é e o que causa’ se associaria à Classe 01, pois englobam os sintomas do TDAH e as características que a criança acometida pelo transtorno apresenta. Nas matérias, a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade foram as mais significativas. Além dessas, foram mencionadas algumas das consequências observadas diariamente no cotidiano das crianças, como implicações na escola, especialmente na sala de aula e em casa, dificuldades na realização de tarefas e atividades. A Classe 05 também traz outras consequências que o TDAH pode acarretar, a partir dos resultados de pesquisas, como maior risco para obesidade, tabagismo, demências e desaceleração do crescimento.

As Classes 02 e 04 se associariam à categoria ‘como se resolve’ do Estudo A, pois falam sobre o tratamento preconizado para o TDAH. Nas matérias selecionadas

para o Estudo B, o tratamento aparece, em sua maior parte, na figura da medicação indicada para diminuição dos sintomas e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos acometidos. Contudo, há divergências sobre a utilização de metilfenidato expostas pela Classe 02, pois há discursos relatados que defendem o uso nos casos de TDAH, devido à melhora observada nos sintomas, mas também há críticas sobre a sua utilização para potencializar o desempenho intelectual dos sujeitos, prática essa que já vem sendo observada em algumas áreas com forte exigência intelectual. E a Classe 04 traz questionamentos sobre o aumento exponencial da venda de tal psicotrópico nos últimos anos, no Brasil e no mundo. Há explicações relativas ao fenômeno do hiperdiagnóstico do transtorno, ou por falta de conhecimento adequado sobre os critérios clínicos ou pela ansiedade de pais e professores por sua solução ao comportamento da criança; à maior divulgação do transtorno; e ao maior acesso dos sujeitos a tratamento.

Diante dos conteúdos encontrados das matérias e na forma como eles se organizam, percebe-se certa semelhança e que eles seguem uma dinâmica, como já dito, de se apoiar majoritariamente nos discursos médicos, trazendo diversas pesquisas realizadas na área como forma de legitimar as informações divulgadas. Não são trazidas as polêmicas e dissensos atuais quando se fala no objeto, havendo uma uniformidade nas explicações sobre esse e seus aspectos. O TDAH é entendido como uma patologia em ambos os contextos investigados, embora não se defina com exatidão a sua etiologia. Por isso pouco se fala sobre esse no grupo dos pais e nas matérias.

Os sintomas relatados pelos pais e mães são basicamente os mesmos elencados pelas matérias, assim como sobre as características dos comportamentos das crianças que foram acometidas pelo transtorno e suas implicações e consequências no cotidiano: as dificuldades escolares e na convivência com outros colegas, e os percalços enfrentados pelos familiares pelo adoecimento são os mais mencionados. A necessidade de avaliação, acompanhamento e tratamento especializado de saúde é outro ponto que converge nos dois contextos investigados. Observa-se então que os conteúdos encontrados na revista se relacionam de forma estreita com a representação construída pelo Grupo 02 sobre o TDAH. Também na representação do grupo, há pouco espaço para as controvérsias que o tema suscita, lembrando que apenas um participante chega a questionar a existência do transtorno.

Um dos poucos pontos sobre o TDAH que não foi completamente consensual no Grupo 02, e que também foi o único ponto sobre o qual se difundiram opiniões diversas e até divergentes foi sobre a medicação, o metilfenidato. Embora algumas crianças utilizassem o psicotrópico em seu tratamento, os pais não se mostravam inteiramente confortáveis com isso, manifestando sempre a vontade de que o filho viesse a deixar de precisar do metilfenidato o mais cedo possível. Dúvidas quanto às implicações que tal uso poderia ter na vida da criança surgiram no Grupo 02 e nas matérias da revista. Uma ausência significativa sentida na RS do Grupo 02 e nas matérias foi o papel da escola nesse contexto. Tal instituição é mencionada apenas em seu papel de perceber possíveis sintomas e encaminhar para avaliação médica especializada, mas pouco se fala sobre sua atuação no tratamento do transtorno e na superação das dificuldades encontradas pelas crianças.

Assim, todos esses pontos descritos podem corroborar a relação de ancoragem sugerida entre as RS sobre o TDAH pelo grupo e as matérias. Todavia, vale ressaltar também que, como dito anteriormente, se observa que em tais matérias há o processo de difusão do objeto, enquanto sistema de comunicação social. E, nesse processo, a fonte de informação, no presente caso, a revista, se posiciona enquanto mediador entre o objeto e o público, o que implica dizer que tal objeto também lhe é exterior, sendo a revista um receptor do que tem circulado socialmente. Por diversas vezes, por exemplo, as matérias se utilizam da fala de profissionais da área, e buscam os que podem conferir maior confiabilidade a seus escritos. No caso do TDAH, são considerados especialistas no tema os estudiosos da área da saúde, médicos e psicólogos, que compartilham a visão do objeto como um transtorno mental de origem neurológica.

Os postulados pela medicina, mas especificamente pela neurologia e psiquiatria, ainda são predominantes nas RS do grupo e nos livros e matérias que falam sobre o tema, como observado. Entende-se que tal se deve ao fato de o TDAH ter se constituído no bojo dessas ciências, mesmo que atualmente seja discutido de maneira interdisciplinar. Contudo, como já dito no início das exposições sobre o TDAH, em comparação às ciências médicas, mesmo que em crescimento relevante, as demais ciências ainda produzem menos que a primeira. Indo além, a medicina conta com o prestígio e o status social que adquiriu ao longo do tempo, o que também influencia

para que seu discurso seja amplamente considerado, mesmo que ela não possa fornecer todas as explicações sobre o objeto, por conta de sua complexidade.

A ciência e suas produções fazem parte da forma como se vê a vida cotidiana, sendo impossível, atualmente, dissociá-la das relações sociais que os indivíduos estabelecem entre si, como já dito anteriormente. Observa-se então que os conhecimentos do senso comum formulados sobre o TDAH são, como chamou Moscovici e Hewstone (2008), de ‘segunda mão’, pois são fruto do interesse que determinados grupos manifestam por um objeto científico, disseminados através de meios de comunicação. Esses conhecimentos são derivados da ciência, caracterizados pelo pensamento racional que é típico desse campo, e que modifica antigos consensos e significações a partir de cada novo pressuposto. São eles que dão origem à representação social que o grupo constrói e que dá sentido a sua realidade.

Um dos pontos levantados pela pesquisa foi a existência de um sistema de representações ao se falar sobre o TDAH. Iria além dos limites dessa pesquisa se deter de forma profunda e detalhada sobre as lógicas específicas às quais um provável sistema de representações obedeceria. A intenção aqui foi apenas descrever, como já tido, a forma como tal sistema estaria constituído, os objetos e representações que fariam parte dele, a fim de marcar a importância de investigações sobre sistemas de representações para um maior desenvolvimento da TRS. A pretensão é que esses dados preliminares possam impulsionar futuros estudos a se deterem nas relações sociais e variações contextuais para que se compreendam mais amplamente as construções e transformações das representações sociais (MORAIS, 2013).

Espera-se que essa pesquisa e os resultados que ela apresentou possam contribuir para estudos da área, mais especificamente na Psicologia Social, Psicologia Clínica e Psicologia Educacional, e para a Saúde Mental e Educação, de forma geral. O TDAH é um objeto interdisciplinar, que circula entre esses campos e que precisa deles para que seja abordado em sua complexidade. No que concerne à TRS, o trabalho se propõe a acrescentar nas discussões sobre os processos constitutivos das RS, mais especificamente o de ancoragem, e em encorajar outros estudos a enfocarem o conceito de sistemas de representação, ainda pouco explorado pela teoria.

Uma expectativa é de que o desenvolvimento de estudos que enfoquem a compreensão dos saberes circulantes sobre o TDAH possa possibilitar reflexões sobre o

objeto, a forma como ele vem sendo construído socialmente, e suas implicações na vida dos sujeitos acometidos e nos que os rodeiam. Deve-se atentar para que produções sobre o tema não acabem por reforçar condutas que favoreçam a medicalização do comportamento e da vida, fenômeno crescente em boa parte das sociedades atuais, e que prejudica bastante a saúde dos indivíduos, de uma forma geral. Mesmo na existência do TDAH enquanto patologia, é fundamental que sejam envolvidos cada vez mais a família e a escola (valorizando-se seus saberes) no processo de lidar com a criança e com suas dificuldades, retirando ela e seu transtorno da centralidade da situação, pois é notório que diversos outros fatores estão imbricados nessa contexto.

É importante ressaltar as limitações que essa pesquisa apresenta. Foram analisados os discursos de um pequeno grupo, então tais resultados não podem ser generalizados de forma indiscriminada, pois devem se considerar seus contextos de produção e particularidades. Por isso, são necessários diversos outros estudos para que se possa cada vez mais compreender o TDAH. Mas mesmo assim, espera-se que essa pesquisa e seus resultados possam dar origem a reflexões sobre esse objeto tão controverso, suscitando maiores pesquisas, e práticas sobre o objeto, científicas e/ou leigas, institucionalizadas ou não, a fim de minimizar estigmas e preconceitos e pela busca do bem-estar biopsicossocial da própria criança e do seu sistema familiar.

8. REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; DE OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiana: AB Pesquisa, 1998. p. 27-38.

_____. La Recherche du Noyau Central et de la Zone Muette des Représentations Sociales. In : ABRIC, J-C (Org.) **Méthodes d’Etudes des Représentations Sociales**. Érès: Ramonville Saint-Agne, 2003. Traduzido por Maria de Fátima de Souza Santos para uso de pesquisa.

ALMEIDA, A. M. O. A Pesquisa em Representações Sociais: Proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 117-160.

ALMEIDA, A. M. O.; CUNHA, G.G. Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 147-155, 2003.

ALMEIDA, A. M. O.; DOISE, W. Estudos experimentais das representações sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.). **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Theasaurus, 2009. p. 63-82.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. In: **J Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v.54, n. 1, p. 34-46. 2005. Disponível em <<http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/archives/HASH0140/5f6169fb.dir/doc.pdf>> . Acesso em: 10 dez. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro, 4 ed. Lisboa: Edições 70. 2009.

BARROS, D.; ORTEGA, F. Metilfenidato e Aprimoramento Cognitivo Farmacológico: representações sociais de universitários. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 350-362. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BELLÉ, H. *et al.*. Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 317-325. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a01.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 24 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

- BOARINI, M. L.; O. H. YAMAMOTO. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. In: **Psicologia Revista**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 59-72. 2004. Disponível em: <http://www.cocsite.coc.fiocruz.br/psi/pdf/higienismo_eugenia.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- BOCK, S. **A Relação Pais e Filhos e a Escolha Profissional**. 2002. Disponível em <<http://www.nace.com.br/doc/paisefilhos.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília, DF, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- BRUSCHINI, C. Uma Abordagem Sociológica de Família. In: **Ver. Bras. Est. Pop.** São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-23, jan./jul. 1989. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol6_n1_1989/vol6_n1_1989_1artigo_1_23.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. In: **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, jul./set. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- _____. A Constituição Sócio-Médica do “Fato TDAH”. In: **Psicologia & Sociedade**, Minas Gerais, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/16.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- _____. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 45-61. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- CAMARGO, B.V. *et al.*. Efeitos de Contexto e Comunicação nas Representações Sociais sobre o Corpo. In: **Psicologia e Saber Social**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-50. 2013. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/6926>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- CLEMENTE, A.S.; LOYOLA FILHO, A.I.; FIRMO, J.O.A. Concepções sobre Transtornos Mentais e seu Tratamento entre Idosos Atendidos em um Serviço Público de Saúde Mental. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. Preconceitos no Cotidiano Escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINTISTUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 193-214.
- COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e Doença Dental: a difícil convivência com a diferença. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 2, jun. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

COUTINHO, G. *et al.*. Concordância entre Relato de Pais e Professores para Sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. In: **Rev. Psiq. Clin. USP**. São Paulo, v. 63, n. 3, p. 97-100. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n3/v36n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

CROCHICK, J.L.; CROCHICK, N. A Desatenção Atenta e a Hiperatividade sem Ação. 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 à doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 179-192.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DECOTELLI, K.M.; BOHRER, L.C.T.; BICALHO, P.P.G. A Droga da Obediência: medicalização, infância e biopoder – notas sobre clínica e política. In: **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 446-459. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a14.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

DESIDÉRIO, R.C.S.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. In: **Psic. Esc. Educ.** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 165-178, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v11n1/v11n1a18.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ESPÍNDULA, D. H.; TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S. Representações e práticas educativas de mães referentes a filhos atendidos pelo Conselho Tutelar. In: **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 14, n. 1, p. 137-147. 2009.

FELIX, L. B. **O Cuidado à Saúde Mental na Infância: entre práticas e representações sociais**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FROTA, A.M.M.C. Diferentes Concepções da Infância e Adolescência: a importância da historicidade para sua construção. In: **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 144-157. 2007. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a13.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

GARRIDO, J. MOYSÉS, M.A.A. Um Panorama Nacional dos Estudos Sobre a Medicalização da Aprendizagem de Crianças em Idade Escolar. 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 à doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 149-162.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O Estatuto da Medicalização e as Interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como Ferramentas Conceituais para o Estudo da Desmedicalização. In: **Interface**. Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.

Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

GOMES, M. *et al.*. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. In: **J. bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 94-101. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a04v56n2.pdf> >. Acesso em: 10 dez. 2014.

GUILHERME, P;R; *et al.*. Conflitos Conjugais e Familiares e Presença de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Prole: uma revisão sistemática. In: **J. Bras. Psiquiatr.** Rio da Janeiro, v. 56, v. 3, p. 201-207. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a08v56n3.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ITAHBORAHY, C.; ORTEGA, F. O Metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. In: **Ciê. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/26.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

JODELET, D. Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en Psychologie social. In: **Communication-Information**, v. 6, n. 213, p. 15-41. 1984.

_____. **Loucura e Representações Sociais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, p.17-44. 2001.

_____. Experiência e Representações Sociais. In: MENIN, M.S.S.; SHIMIZU, A.M. (Orgs). **Experiência e Representação Social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 23-56.

LEONARDI, J. L; D. R. RUBANO; F. R. P. ASSIS. Subsídios da Análise do Comportamento para Avaliação de Diagnóstico e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Âmbito Escolar. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINTISTUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 111-130.

LIRA, A.C.M.; MATE, C.H. Alguns Apontamentos Sobre a Produção da Infância na Modernidade. In: **Rev. Teoria e Prática da Educação**. Maringá, v. 13, n. 2, p.140-157, mai./ago. 2010. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/TeorPratEduc/article/view/15480/8377>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

LOPES, R.M.F.; NASCIMENTO, R.F.L.; BANDEIRA, D. R. A Avaliação de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos (TDAH): uma revisão de literatura. In: **Avaliação Psicológica**. Itatiba, v. 4, n. 1, p. 65-74. 2005. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

LOUZÃ, M.R.; MATTOS, P. Questões Atuais no Tratamento Farmacológico do TDAH em Adultos com Metilfenidato. In: **J. Bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, n. 56, p. 53-56. 2007. Suplemento 1 da Revista. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a12v56s1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e Representações Sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOSCOVICI, S.; HEWSTONE, M. De La Science au Sense Comun. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psychologie Sociale**. 3 ed. Paris: Press Universitaires de France, 2008. p. 545-572.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **A Psicanálise, Sua Imagem e Seu Público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MORAES, R.B.S. “...Como se Fosse Lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizadora. 2012. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

MORAIS, E. R.C. de. **Saúde e Tratamento Hemodialítico**: representações sociais e um serviço de terapia renal substitutiva. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

MORASKI, T.R.; HILDEBRANDT, L. M. As Percepções de Doença Mental na Ótica de Familiares de Pessoas Psicóticas. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 7, n. 2, p. 195-206. 2005. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/882/1057>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

MOREIRA, V.; MELO, A.K. “Minha Doença é Invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. In: **Interação em Psicologia**. Curitiba, v. 12, n. 2, p. 207-314. 2008. Disponível em <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/download/7289/10260>. Acesso em: 10 dez. 2014.

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 INTERINTISTUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 71-110

_____. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: CRP-RJ (Org.). **Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: CRP-RJ,

2006. Disponível em <<http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-aparecida-moyses.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. In: **Estudos e pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n2/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

NIEMANN, F.A.; BRANDOLI, F. Jean Piaget: um aporte teórico para o construtivismo e suas contribuições para o processo de aprendizagem da língua portuguesa e da matemática. In: **Seminário de Pesquisa da Região Sul**, IX, 2012, Caxias do Sul, Anais, 2012. Disponível em <<http://www.uces.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/770/71>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

OLIVEIRA, E. C. **Pai, Separado e Pobre: entre as dificuldades e o desejo de uma paternidade plena**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

OMOTE, S. *et al.*. Mudança de Atitudes Sociais em Relação à Inclusão. In: **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 15, n.32, p. 387-398. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/08.pdf>>. Acessado em 10.12.2014.

ORTEGA, F. *et al.*. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. In: **Interface**. Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-512. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos Colaterais do Metilfenidato. In: **Rev. Psiq. Clín. USP**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 100-104. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

QVORTRUP, J. A Infância Enquanto Categoria Estrutural. In: **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 36, n.2, p. 631-643. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v36n2/a14v36n2.pdf>>. Acesso em 10.12.2014.

RANGEL JÚNIOR, E.B.; LOOS, H. Escola e Desenvolvimento Psicossocial Segundo Percepção de Jovens com TDAH. In: **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 373-382, set./dez. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/10.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ROCHA, E.A.C. Crianças e Infâncias: uma categoria social em debate. In: **Zero a Seis**. Florianópolis, v. 6, n. 9. 2004. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/zerosais/article/view/10152/9388>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ROHDE, L. A. *et al.*. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. In: **Rev. Psiq. Clín. USP**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n3/a02v31n3>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

- ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. In: **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. S61-S70. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- ROSA, L. C. S. A Inclusão da Família dos Projetos Terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental. In: **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218. 2005.
- SÁ, C. P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.
- SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Org.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 15-37.
- SANTOS, M.A. Entre o Familiar e o Estranho: representações sociais de professores sobre o autismo infantil. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
- SANTOS, L.F.S.; VASCONCELOS, L. B. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: uma revisão interdisciplinar. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 26, n. 4, p. 717-724. 2010. Disponível em <<http://www.cetcc.com.br/arquivos/tdah.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- SARTI, C. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. Campinas, SP: Autores Associados, 1996.
- SOUZA, M. P. R.; CUNHA, B.B.B. Projetos de Lei e Políticas Públicas: o que a psicologia tem a propor para 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 à doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 215-228.
- SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A Doença Mental sob o Olhar de Pacientes e Familiares. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, n. 40, v. 1, p. 123-127. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- TARGETWARE INFORMÁTICA LTDA. Manual ALCESTE 2010. 2010. Disponível em <<http://www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-manual.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A. M.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 101-121.
- TRINDADE, Z. A.; SOUSA, L. G. S. Gênero e escola: reflexões sobre representações e práticas sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.) **Representações**

sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 167-183.

VASCONCELOS, M. M. *et al...* Contribuição dos Fatores de Risco Psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. In: **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v.63, n.1, p. 58-64, mar. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23601.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

WACHELKE, J. F. R. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. In: **Estudos de Psicologia.** Natal, v. 10, n. 2, p. 313-320. 2005.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um Panorama sobre as Variações em Torno do Conceito de Medicalização entre 1950-2010. In: **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1865. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01859.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Representações Sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Clarissa Cristina Gonçalves Correia, cujo endereço é Av. da Arquitetura, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50740-550 Recife / PE. Deptº. de Psicologia, 9º andar do CFCH Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Laboratório de Interação Social Humana (LabInt) - Telefone para contato: (81) 86018846, e-mail: claricorreia@gmail.com, e está sob a orientação de: Maria de Fátima de Souza Santos; Telefone para contato: (81) 99610122, e-mail: mfsantos@ufpe.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O TDAH é considerado atualmente um dos distúrbios do desenvolvimento pediátrico que mais afeta a infância e um dos mais estudados cientificamente, trazendo implicações importantes nos diversos âmbitos da vida da criança, como o familiar e escolar. Os pais têm papel privilegiado no processo de socialização das crianças e são os responsáveis por oferecer sua proteção e bem-estar, então se faz necessário compreender como esse grupo constrói os saberes sobre o tema. Assim, o **objetivo central** desse projeto de mestrado em Psicologia Social é investigar quais os saberes produzidos sobre o TDAH, por pais de crianças em idade escolar (entre 06 e 12 anos), identificando e analisando os sentidos produzidos e se esses formam um corpo organizado de conhecimentos que possam ser nomeados como representações sociais.

Sobre a **metodologia**, inicialmente será realizada uma entrevista, individual, com 10 participantes, com roteiro semiestruturado previamente elaborado, nas dependências da instituição de ensino. Essas serão áudio-gravados para posterior transcrição e análise. A segunda e última etapa contará com a participação dos participantes na composição de um Grupo Focal, no qual serão levantadas questões sobre o tema. Esse será posteriormente agendado com os mesmos, e realizado também na referida escola, além de ser vídeo-gravado.

No tocante aos **benefícios** do estudo, com os resultados desse se espera ampliar a compreensão sobre os saberes construídos sobre o TDAH por pais e como se dão os processos de construção e compartilhamento desses; podendo inclusive auxiliar na reflexão sobre práticas de cuidado relacionadas ao indivíduo. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos participantes após a conclusão do estudo e divulgados através de participação em congressos e publicação de artigos em periódicos especializados, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos que se tem produzido sobre o tema.

E em relação aos **riscos**, uma situação de investigação pode se configurar como constrangedora para os participantes quando eles consideram a situação como desconhecida ou se sentem julgados e avaliados. Mas esse risco tentará ser minimizado a partir explicação dos objetivos da pesquisa; da garantia do anonimato e do direito do participante interromper os procedimentos a qualquer momento, podendo inclusive declinar de sua participação sem prejuízos à pesquisa; garantia no recebimento de respostas e esclarecimentos sobre qualquer dúvida concernente aos procedimentos, riscos, benefícios do estudo, entre outros, sempre que desejado; e do bom relacionamento que se tentará estabelecer entre os participantes e o pesquisador e entre os próprios participantes. Vale também ressaltar que as informações coletadas serão utilizadas apenas para o propósito da pesquisa ou atividades de formação profissional, assim como o participante não arcará com custos ou receberá recompensa financeira por sua participação. Caso os procedimentos suscitem no participante necessidade de lidar com os conteúdos evocados de forma mais intensa e sistematizada, eles serão encaminhados para serviços de saúde mental da rede pública ou, se for da preferência e disponibilidade do participante, para a rede privada de atenção a saúde, com devido encaminhamento elaborado pela pesquisadora, a fim de que se possa dar início ao acompanhamento adequado.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações e, filmagens), ficarão armazenados em pastas de arquivos, no Laboratório de Interação Social Humana (LabInt), sob a responsabilidade da pesquisadora Clarissa Cristina Gonçalves Correia e sua orientadora Maria Fátima de Souza Santos, no endereço já anteriormente informado pelo período de 05 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Representações Sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Recife, _____, de _____ de 2014.

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Nº _____

- Dados de Identificação:
 - Grau de parentesco
 - Idade
 - Escolaridade e Profissão
 - Estado civil e composição familiar
- O que é infância para você?
- Como é a infância do seu filho?
- O que é típico da infância?
- Qual é o limite do comportamento infantil?
 - Pode esse comportamento ser patológico de alguma forma?
 - Nessa faixa etária, o que seria patológico/problema?
 - Quais os problemas que você enfrenta com ele?
- O que você pensa sobre o TDAH?
 - concepções/críticas/dúvidas/anseios...
- Como e onde você ouviu falar sobre o TDAH?
 - Meios de comunicação/escola/profissionais de saúde/amigos/familiares
- Como você acha que é uma criança com TDAH?
- Você tem filhos com TDAH?
 - Idade
 - Diagnóstico e tratamento
 - Quem percebeu os sintomas?
 - Há quando tempo?
 - Há tratamento em curso? Qual (medicamentoso, psicoterápico, psicopedagógico)? Quais profissionais estão envolvidos?

- Você percebeu alguma mudança no seu filho (a) após início do tratamento?
 - Como é a relação com seu filho?
 - Facilidades e dificuldades
- Se você tivesse um filho com TDAH, o que você faria?
 - Relações afetivas e familiares
 - Busca por serviços especializados?

APÊNDICE C – Matérias Analisadas e Datas de Publicação

Sujeito	Matéria	Data da Publicação
01	“Exercitar-se antes da escola reduz sintomas do TDAH”	09.09.2014
02	“Estudo sugere que antidepressivo na gravidez eleva risco de TDAH no bebê”	24.08.2014
03	“Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos”	11.08.2014
04	“Quando a ideologia e os interesses prejudicam a ciência”	01.08.2014
05	“Fumar na gravidez eleva risco de TDAH”	22.07.2014
06	“Traumas na vida da criança podem agravar TDAH”	06.05.2014
07	“Estudo explica porque autismo é mais comum em homens que em mulheres”	27.02.2014
08	“Paternidade tardia pode elevar a doenças mentais nos filhos”	27.02.2014
09	“Estudo liga uso de analgésico na gravidez a risco de déficit de atenção no bebê”	25.02.2014
10	“Brasileiros desenvolvem jogo para auxiliar no tratamento do TDAH”	21.09.2013
11	“Estudo relaciona asma e alergias ao TDAH”	16.08.2013
12	“EUA aprovam aparelho que mede ondas cerebrais para diagnóstico de déficit de atenção”	17.07.2013
13	“Estudo nega vínculo entre remédios para TDAH e risco de abuso de drogas”	30.05.2013
14	“Mulheres têm risco de 40% maior de sofrer algum transtorno mental, diz estudo”	22.05.2013
15	“TDAH na infância eleva o risco de obesidade na vida adulta”	20.05.2013
16	“Nova bíblia da psiquiatria vem aí”	12.05.2013
17	“Em busca do diagnóstico perfeito”	12.05.2013
18	“EUA: 11% das crianças em idade escolar tem TDAH”	11.04.2013
19	“TDAH pode ser tornar um problema de saúde crônico”	05.03.2013
20	“Identificado fator genético comum a cinco doenças mentais”	28.02.2013
21	“Cresce 75% uso de droga para hiperatividade”	18.02.2013
22	“EUA: novos casos de TDAH cresceram 24% em 10 anos”	22.01.2013

23	“Tratamento para TDAH desacelera o crescimento na puberdade”	21.01.2013
24	“Falta de oxigenação cerebral em fetos aumenta risco de TDAH”	12.01.2013
25	“Pesquisa relaciona TDAH na infância ao tabagismo”	30.10.2012
26	“Pesquisa relaciona doenças mentais à criatividade”	18.10.2012
27	“TDAH na infância também causa problemas na vida adulta”	17.10.2012
28	“Exposição de telas prejudica o desenvolvimento de crianças”	09.10.2012
29	“Jovens tomam medicamento controlar para turbinar estudos”	25.06.2012
30	“Idade em que crianças com TDAH começam a ser tratadas é determinante para melhora do desempenho escolar”	25.06.2012
31	“Nos EUA, crianças e adolescentes estão tomando menos antibióticos e mais medicamentos pra TDAH”	18.06.2012
32	“Os tablets e os eletrônicos e as crianças”	02.04.2012
33	“Déficit de atenção é diagnosticado em excesso”	30.03.2012
34	“Número de crianças diagnosticadas com TDAH nos EUA aumentou em 66% em dez anos”	20.03.2012
35	“Metanfetamina na gravidez causa danos ao bebê”	19.03.2012
36	“Exposição à radiação do celular por prejudicar desenvolvimento cerebral de bebês”	16.03.2012
37	“Falta de maturidade pode ser confundida com TDAH”	06.03.2012
38	“Múltipla exposição à anestesia pode dobrar os riscos de déficit de atenção em crianças”	02.02.2012
39	“Dieta equilibrada pode beneficiar crianças hiperativas”	09.01.2012
40	“Estudo liga falha genética no cérebro a déficit de atenção”	05.01.2012
41	“Sociedade americana reduz idade para tratar TDAH”	17.10.2011
42	“Gene que provoca déficit de atenção é ligado ao autismo”	11.08.2011
43	“Déficit de atenção: 8 sinais aos quais os pais devem ficar atentos”	21.05.2011
44	“Perda de sono na infância pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas de TDAH”	14.06.2011
45	“Déficit de atenção atinge 4,4% de crianças e adolescentes”	12.05.2011
46	“Fumo passivo aumenta risco de distúrbios mentais	20.04.2011

	em crianças”	
47	“Dieta restritiva pode reduzir sintomas de TDAH”	05.02.2011
48	“Déficit de atenção aumenta risco de demência na velhice”	19.01.2011
49	“Desfazendo mitos sobre distúrbios de atenção”	19.12.2010
50	“Déficit de atenção pode ser causado por falha genético”	30.09.2010
51	“Padrões cerebrais podem sinalizar risco de doenças”	05.07.2010
52	“Déficit de atenção ainda é problema subestimado”	17.02.2010
53	“Déficit de atenção: professor pode ajudar”	17.02.2010
54	“Drogas para turbinar o cérebro”	12.02.2009
55	“Eles são da pá virada”	20.12.2000

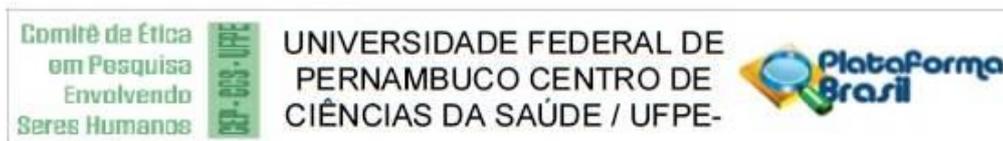
ANEXOS

ANEXO A – Critérios Diagnósticos para o TDAH (DSM IV)

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	
A. Satisfazer a (1) ou (2)	
(1)	Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção persistindo por pelos menos 06 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento
(a)	Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
(b)	Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
(c)	Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
(d)	Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
(e)	Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
(f)	Com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
(g)	Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
(h)	É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
(i)	Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias
(2)	Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade e impulsividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
(a)	Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
(b)	Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
(c)	Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
(d)	Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
(e)	Está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a

	todo vapor"
(f)	Frequentemente fala em demasia
(g)	Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
(h)	Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez
(i)	Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex. intromete-se em conversas ou brincadeiras)
B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 12 anos de idade.	
C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).	
D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.	
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).	

ANEXO B – Parecer Cosubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtorno e Déficit de Atenção/Hiperatividade e Representações Sociais: a construção de saberes por pais de crianças em idade escolar

Pesquisador: Clarissa Cristina Gonçalves Correia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26772814.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio de Relatório Final

Data do Envio: 15/01/2015

Situação da Notificação: Parecer Cosubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 946.498

Data da Relatoria: 25/01/2015

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

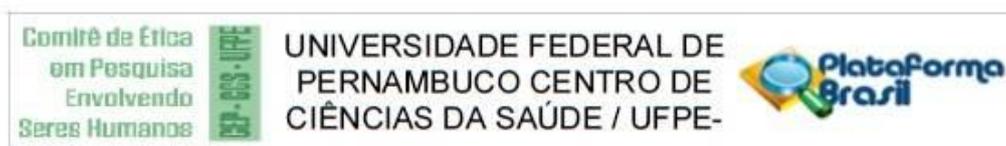
Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O TCLE foi apresentado no projeto inicial com Riscos e Benefícios e devidamente utilizados pelo

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 946.498

pesquisador.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório e o mesmo está adequado e indicou resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados.

Recomendações:

s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

RECIFE, 05 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C – Carta de Anuência da Instituição de Ensino**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Clarissa Cristina Gonçalves Correia, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Representações Sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar”, que está sob a orientação da Profa. Maria de Fátima de Souza Santos, cujo objetivo é investigar, a partir do referencial da Teoria das Representações Sociais, os saberes que pais de crianças em idade escolar (06 a 12 anos) constroem para dar sentido ao Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH), nesta instituição de Ensino.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, 28 de janeiro de 2014

Rejane Maria Dantas Maia
Diretora Pedagógica

Rejane Maria Dantas Maia
Diretora
Reg. nº 288/2011

R. Conselheiro Nabuco, 44
Casa Amarela | Recife/PE
apoio@colégioapoio.net
(81) 3441.5015