PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Andreza Estevam Noronha

ENTRE A SAÚDE E A ESCOLA: OS DESLOCAMENTOS DISCURSIVOS NA CONSTRUÇÃO DO TDAH NO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE TRANSTORNOS MENTAIS

Santa Cruz do Sul

2016

Andreza Estevam Noronha

ENTRE A SAÚDE E A ESCOLA: OS DESLOCAMENTOS DISCURSIVOS NA CONSTRUÇÃO DO TDAH NO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE TRANSTORNOS MENTAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profª. Dra. Betina Hillesheim.

Santa Cruz do Sul

2016

N852e Noronha, Andreza Estevam

Entre a saúde e a escola: os deslocamentos discursivos na construção do TDAH no manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais / Andreza Estevam Noronha. – 2016.

80 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.

Orientadora: Profª. Drª. Betina Hillesheim.

1. Transtorno da falta de atenção com hiperatividade. 2. Inclusão em educação. I. Hillesheim, Betina. II. Título.

CDD: 371.94

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

Andreza Estevam Noronha

ENTRE A SAÚDE E A ESCOLA: OS DESLOCAMENTOS DISCURSIVOS NA CONSTRUÇÃO DO TDAH NO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE TRANSTORNOS MENTAIS

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dra. Betina Hillesheim
Professora Orientadora – UNISC

Dra. Anita Guazzeli Bernardes
Professora Examinadora – UCDB

Dra. Luciana Vieira Caliman
Professora Examinadora– UFES

Dr. Camilo Darsie de Souza
Professor Examinador – UNISC

Santa Cruz do Sul

2016

Dedico este trabalho à minha família e a todos aqueles que estão fora da norma da sala de aula...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais, pois sem eles não seria possível essa empreitada desde a graduação, passando pela Residência e agora Mestrado. Agradeço em especial meu irmão Andrius, porque ele sempre me incentivou nessa trajetória acadêmica, ainda curta. Agradeço a minha cunhada Karollyne que algumas vezes teve paciência pra ouvir falar sobre Foucault. À minha madrinha que sempre traz uma tranquilidade ímpar para mim. Ao meu primo Vitor e à Gabriele pelas madrugadas que estudamos juntos (ainda que cada um estudando suas coisas). E aqueles da família que contribuíram de alguma forma na dissertação.

Agradeço em especial minha orientadora, professora Betina, que me guiou nesse processo. Obrigada por apostar em mim e sempre me incentivar. Entre os momentos de leituras, estudos, escritas e reescritas, algumas risadas e vários desses momentos estão guardados com devido carinho. Aliás, obrigada por me tranquilizar nos momentos agitados e inquietos do Mestrado.

Agradeço às professoras Anita Bernardes e Luciana Caliman e ao professor Camilo Darsie pela disponibilidade, pelas correções, apontamentos no trabalho e pelas contribuições. Obrigada por estarem em minha banca.

Obrigada a Carolina Assmann pela correção e revisão final, feita com tanta atenção e dedicação.

Gostaria de agradecer também ao grupo de estudos das terças-feiras, em especial à Caroline Couto que me ajudou a compreender alguns conceitos dentro das leituras pós-críticas/estruturalista/modernas.

Obrigada à Daiane Kipper, por me levar a algumas aulas da professora Betina quando falei que gostaria de fazer Mestrado em Educação na UNISC.

Obrigada a todas e todos da EMEF Menino Deus, à Direção e à Supervisão em especial, pois essa é uma escola que, sem dúvidas, valoriza os professores que vão em busca de formação acadêmica ou não, e isso é encorajador. Em especial agradeço a Carla Mergen que em 2015 também iniciou sua caminhada no Mestrado em Educação da UNISC. Obrigada aos alunos dessa e de outras escolas, vocês me inspiram.

A todas e todos as/os colegas da turma 2014, em especial a minha xará Andreza Gomes (amiga e fiel escudeira desde 2008), à Letícia Limberger, ao Roberto Pohlmann, ao Luiz Elcides, à Beatran Hinterholz e a Alana Morari. Caminhos teóricos tão diversos, mas que a gente sempre manteve próximo.

Às colegas da linha Educação Cultura e Produção de Sujeitos, tanto 2014 quanto 2015: Camila F. Da Rosa, Gabrielly Winter, Patrícia Krieger, Carina Kirst, Fernanda Rosa, Andreia Ghisleni, Rafaela Rech e ao colega Marcelo Tatsch por tantas trocas, brincadeiras, ajudas, aprendizado e tudo que um grupo traz de bom. Sem vocês o mestrado não seria o mesmo.

Às minhas colegas e às trabalhadoras que tive prazer imenso de conhecer durante a Residência em Saúde Mental Coletiva da ESP-RS. Em especial à Daniela Fraga, Charlise Pasuch e a Ana Karina Schmitz.

Queria agradecer a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISC, em especial aquelas e aqueles com quem tive aula (Sandra Richter, Moacir Viegas, Mozart Linhares, Claudio Oliveira, Eder Silveira, Cheron Moretti e Janes Siqueira). Aos que não tive aula, agradeço pela atenção e pelas conversas pelos corredores, todos muito atenciosos.

Agradeço a coordenação do PPG por acolher as dúvidas e questionamentos. Agradecer às secretárias Daiane Isotton e Mariele Garcia, sempre muito dispostas a ajudar e acalmar os ânimos.

Por fim, agradecer a três professoras que deram início a minha vida acadêmica: Ana Luisa T. Menezes, Rosylaine Moura (via VER-SUS/Extensão) e a professora que me orientou na graduação Hildergard H. Pohl. Isso tudo é fruto de algo que começou lá entre 2007-2009.

Obrigada a todas e todos, que por ventura eu tenha esquecido de agradecer, afinal, a gente comete erros, porém é errando que se aprende.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos mais recorrentes dentro das salas de aula, e, justamente por estar ligado ao desempenho escolar/acadêmico é que se torna fruto da preocupação de professores. Esta dissertação tem como objetivo descrever e analisar a produção dos discursos referentes ao TDAH ao longo das diferentes edições e revisões do Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM). Para isso, foi utilizado desde sua primeira edição, lançada em 1952, até a quinta e atual, lançada em 2013, passando pelas revisões da terceira e quarta edições. Sendo assim, o problema de pesquisa foi sendo conduzido a partir dos seguintes questionamentos: como a hiperatividade/déficit de atenção é produzida a partir das diferentes versões do DSM? Quais sujeitos são constituídos a partir das descrições dos diagnósticos de TDAH constantes no DSM? Como essas questões passam a ser problemas da escola/educação? Portanto, neste trabalho, o DSM é tratado como uma materialidade discursiva na Saúde Mental e na Educação, buscando compreender quais sujeitos são constituídos a partir do diagnóstico de TDAH. A partir dos referenciais foucaultianos, descreveu-se e analisou-se, os deslocamentos discursivos acerca do TDAH em cada edição/revisão do DSM, bem como o entendimento de distúrbio/transtorno mental e do próprio TDAH. Os deslocamentos discursivos se deram no sentido orgânico – comportamental – orgânico, sem que houvesse completo apagamento de um sobre outro, apenas o foco que a Associação Americana de Psiquiatria (APA), deu em cada momento. Nesse sentido, não se trata aqui, neste trabalho, de apontar "evoluções" a respeito do TDAH, mas sim descrever o processo de conceituação, e constituição do TDAH enquanto transtorno da infância. Processo esse que ora foi visto como biológico, ora foi visto como comportamental e que neste momento volta ao orgânico/biológico com outras especificidades. Entende-se que tais especificidades são típicas da sociedade de controle, da sociedade que se utiliza de meios cada vez mais tecnológicos para justificar porque determinados fenômenos ocorrem, de uma sociedade que preza pelo rendimento, e que, para isso, a medicalização e os entendimentos neuroquímicos do sujeito colaboram neste processo.

Palavras-chave: TDAH. DSM. Discurso. Deslocamento. Materialidade.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most prevalent disorders in the classroom, and precisely because it is linked to school/academic performance, is the reason of the concern of teachers. This paper aims to describe and analyze the production of discourses about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) throughout the different editions and revisions to the Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (DSM). For this, has been used since its first edition, launched in 1952 by the Fifth and current, launched in 2013, through the third and fourth editions of the review. Thus, the research problem was: How hyperactivity / attention deficit is produced from the different versions of the DSM? For better conduct of work, the following questions were launched: how ADHD was constituted as a health issue and how this concept is built from the DSMs? Which subjects are constituted from the descriptions of ADHD diagnoses listed in the DSM? How did these issues become school problems? Therefore, in this study, the DSM is treated as a discursive materiality in Mental Health and Education, trying to understand which subjects are constituted from the diagnosis of ADHD. From Foucault's references, was described and analyzed, the discursive displacements about ADHD each edition / DSM revision, as well as the understanding of disorder / mental disorder and ADHD itself. Discursive shifts have taken place in the organic - behavioral - organic sense, with no complete deletion of one over the other, just the focus that the American Psychiatric Association (APA), has at each moment. The point is, in this work, not point "developments" about ADHD, but rather describe the process of conceptualization and creation of ADHD as a childhood disorder. A process that was sometimes seen as biological, after was seen as behavioral and this time back to organic / biological with other characteristics. It is understood that these differences are typical of the control society, the society that uses increasingly technological means to justify why certain phenomena occur, in a society that values the income, and for that, the medicalization and understandings neurochemical the subject cooperate in this process.

Keywords: ADHD. DSM. Discourses. Shift. Materiality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGF	Avaliação Global do Desenvolvimento
APA	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
CID	Código Internacional de Doenças / Código de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DDA	Distúrbio de Déficit de Atenção
DDAH	Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade
DRG	Grupos de Diagnósticos Relacionados
DSM	Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
EEG	Eletroencefalograma
EEUU	Estados Unidos da América
ESP-RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
GETESC	Grupo de Trabalhos e Estudos em Saúde Coletiva
GT	Grupo de Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
VER-SUS	Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Aumento do número de diagnósticos ao longo dos DSMs.....23
GRÁFICO 2 – Aumento do número de páginas ao longo dos DSMs.....……24

SUMÁRIO

1 DESLOCANDO-SE ENTRE A AUTORA, A MATERIALIDADE (DSM) E O OBJETO DE PESQUISA (TDAH).....13
2 COMO SE DESLOCAR NO TRABALHO.....19
2.1 Primeiros apanhados do DSM.....21
3 OS PRIMEIROS MANUAIS E O DELINEAMENTO DA HIPERATIVIDADE E DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COMO PROBLEMA.....26
3.1 DSM-I: as crianças irrequietas do mundo adulto.....26
3.2 DSM-II: a hiperatividade e o déficit de atenção no campo orgânico das questões mentais.....32
4 DSM-III: O DDA(H) ENQUANTO DIAGNÓSTICO E O DESLOCAMENTO ORGÂNICO-COMPORTAMENTAL.....40
4.1 DSM-III-R: O DDAH a hiperatividade como foco do distúrbio e problema para os outros.....47
5 DSM-IV: O TDAH JÁ PRESENTE E CONSOLIDADO NO ÂMBITO DO COMPORTAMENTO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....56
5.1 DSM-IV-TR: o TDAH e o consumo da Ritalina/metilfenidato e o problema para si.....65
6 DSM-V: O TDAH NA ATUALIDADE E O CÉREBRO MEDICALIZADO.....70
7 TERMINANDO O TRABALHO, MAS NÃO A DISCUSSÃO E A ANÁLISE.....81
REFERÊNCIAS.....84

1 DESLOCANDO-SE ENTRE A AUTORA, A MATERIALIDADE (DSM) E O OBJETO DE PESQUISA (TDAH).

O presente trabalho tem por objetivo descrever e analisar a produção de discursos referentes ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)[1] ao longo das diferentes edições/revisões do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), colocando em questão os deslocamentos discursivos desse transtorno e procurando analisar os processos para que o TDAH passe a ser um problema da/na escola. Tendo em vista que nenhuma pesquisa poderia ser neutra, pois, além de não haver uma separação entre sujeito e objeto, sempre falamos de algum lugar e somos subjetivados pelos discursos de nosso tempo e espaço, apresento, nessa introdução, parte de minha história acadêmica e profissional, buscando mostrar como se deu a construção das questões dessa investigação e a construção dos caminhos metodológicos.

Quando fui selecionada para participar do projeto de Extensão Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Extensão) com foco em Educação Popular em Saúde, em 2007, soube que havia um campo de saberes e práticas para Educação Física na área da Saúde Mental. No mesmo ano, ingressei no Grupo de Trabalhos e Estudos em Saúde Coletiva (GETESC), a fim de entender melhor essa área do conhecimento, além de promover Semanas Acadêmicas Integradas, cursos em Saúde Coletiva, bem como outros debates e encontros possíveis em coletivos de saúde. Em 2009, concluí minha graduação em Educação Física e, em 2010, ingressei no programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), onde tive um contato mais intenso com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), na época em sua quarta edição (DSM IV-R).

Em 2013, iniciei meu trabalho como professora da rede municipal de Santa Cruz do Sul e percebi que havia muitos casos de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) nas escolas, ou mesmo casos de alunos que utilizavam metilfenidato[2] sem ter o diagnóstico fechado. Tal constatação me levou a buscar compreender como se dá a produção dos discursos sobre TDAH. Como professora de Educação Física da Educação Básica, com formação em Residência em Saúde Mental Coletiva pela ESP-RS, comecei a perceber algumas possibilidades de questionamentos. A partir disso, com meu

1 Usarei TDAH ao longo dessa proposta, pois é o termo mais utilizado para abreviar esse/s transtorno/s, embora no DSM III se utilizada sigla DDA : Distúrbio de Déficit de Atenção.

2 O metilfenidato é o princípio ativo do medicamento que se conhece mais comumente pelo seu nome fantasia de Ritalina e é indicado para as crianças que são diagnosticadas com TDAH. Usarei o nome fantasia ao longo do texto. Bula do medicamento disponível em: http://www.bulas.med.br/bula/3721/ritalina.htm. Acessado em 12 jan. 2015.

ingresso no Mestrado em Educação da UNISC, na linha "Identidade e Produção de Sujeitos na Educação", encontrei, especialmente a partir dos estudos foucaultianos sobre saber, poder e discurso, algumas lentes que me auxiliaram a pensar tais inquietações de outros modos.

Ao perceber as questões referentes à Saúde Mental tão presentes no contexto escolar, notar que alunos tomam a medicação "padrão" para o seu diagnóstico (Ritalina/metilfenidato) e sabendo que o Brasil é o segundo maior consumidor desse medicamento[3], comecei a me questionar: como o TDAH se constituiu como uma questão de saúde e como esse conceito se constrói a partir dos DSMs? Quais sujeitos são constituídos a partir das descrições dos diagnósticos de TDAH constantes no DSM? Como essas questões passam a ser problemas da escola? Portanto, pretendo, neste trabalho, pensar o DSM como uma materialidade discursiva na Saúde Mental e na Educação, buscando compreender quais sujeitos são constituídos a partir do diagnóstico de TDAH. Nesse sentido, trago como problema de pesquisa: Como a hiperatividade/déficit de atenção é produzida a partir das diferentes versões do DSM? Para tanto utilizo das seguintes perguntas que me guiaram dentro desse processo de escrita: Como o TDAH se constitui como distúrbio/transtorno no DSM? Como o DSM descreve e constitui o sujeito com TDAH ao longo de suas edições/revisões?

Após uma primeira aproximação com o tema desse projeto nos sites de artigos e produções acadêmicas, tais como Domínio Público e Scielo, utilizando palavras-chave como "TDAH", "hiperatividade", "DSM e Hiperatividade" e "DSM e TDAH", percebi um primeiro problema/desafio: há poucos autores com publicações que discutam a constituição de determinada doença/transtorno no DSM em artigos, teses e/ou dissertações[4]. Encontrei como principal autora, a partir dessas palavras-chave, a professora Caliman (2006, 2010); Figueira e Caliman (2014). Ainda procurei pesquisar outros termos como "discurso", "subjetividade" e encontrei pesquisadores que também deram suporte ao meu trabalho, tais como Bernardes, Pelliccioli e Marques (2013); Scisleski e Bernardes (2014); Martins (2008) e Fischer (2001), dentre outros. Em alguns momentos trago Hacking (1999, 2009), embora este esteja mais no campo do construcionismo social, e não esteja exatamente dentro dos estudos foucaultianos – que é o principal lente deste trabalho -, o fato dele abordar que as ciências produzirem novos saberes, foi útil para algumas discussões. Além dele, trago Rose (2003, 2008, 2012) em especial no último capítulo, a fim de apontar questões relacionadas à medicalização. O segundo problema foi não encontrar nas bibliotecas todas as versões do DSM, pois, de

3 Dados retirados do site UOL Notícias de 16 de maio de 2012 sob o título "Brasil é o segundo maior consumidor de medicamento para déficit de atenção". Disponível em: http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2012/05/16/brasil-e-o-segundo-maior-consumidor-do-medicamento-ritalina.htm. Acesso em: 10 out. 2014.

4 Pesquisa realizada no site http://www.dominiopublico.gov.br/ em 12 de outubro de 2014.

maneira geral, os acervos contam apenas com os manuais a partir do DSM III-R. As versões anteriores encontram-se somente em inglês e em arquivo com formato pdf, disponíveis na rede para download.

A fim de uma condução fluída na leitura, trago, nesta introdução, alguns conceitos e descrições que ajudarão na compreensão dos capítulos seguintes. Primeiramente uma breve descrição dos manuais conhecidos como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)[5] e do DSM. Após, trago o conceito mais atual do que foi constituído como transtorno mental, além de um conceito de TDAH, ponto de partida para algumas problematizações neste trabalho.

O CID é uma espécie de codificação de doenças e agravos relacionada à saúde de maneira ampla. É publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e traz consigo um código (com letras e números) sobre as doenças e agravos, além de sinais e sintomas dos mesmos. É um dos principais instrumentos da medicina e de outras grandes áreas dentro da saúde. Sua primeira edição foi lançada no ano de 1900 e está, atualmente na sua 10ª, lançada em 1999 com algumas revisões. Periodicamente, revisa-se e lança-se uma nova edição. É a partir do CID são feitos outros manuais específicos, como o CID-CM[6] que classifica os procedimentos (cirúrgicos, clínicos, cuidados, etc.) para um diagnóstico específico, e a partir desse último, é feito também o DRG[7], um manual que determina, entre outras coisas, um reembolso para médicos, seguradoras de saúde e paciente conforme os procedimentos executados.

O DSM é o manual específico das áreas da psiquiatria, neuropsiquiatria, neurologia e psicologia, hoje em dia, aprofunda o conteúdo sobre transtornos mentais presente no CID. É publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA – por conta da sigla em inglês para *American Psychiatric Association*). É um dos principais instrumentos dentro da área da Saúde Mental atualmente, sendo utilizado como referência em vários países. Em média, a cada dez anos é lançada uma nova edição desse Manual, cuja primeira data de 1952, estando na sua quinta edição, lançada em 2013, tendo, ainda duas revisões.

Dentro do atual DSM, em sua quinta edição, há o conceito de transtorno mental, a partir do qual busco uma análise do meu objeto de pesquisa específico, o TDAH. De acordo com a APA (2013, p. 20),

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um

5 Por não ser a principal materialidade do trabalho, a descrição será breve, porém com grande relevância por estar próximo ao DSM.

6 CM aqui da sigla em inglês *clinical modification* com tradução livre para "modificação clínica".

7 DGR do inglês *Diagnosis Related Group* com tradução livre para "Grupos de Diagnósticos Relacionados".

> indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras capacidades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (por exemplo, de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.

A definição de transtorno mental, constantes nas outras versões do DSM, mudou, e, ainda, que haja outras linhas de pensamento e teorização do que é transtorno mental, delimito e parto da descrição da última definição no DSM, pois mesmo olhando para as versões anteriores, nosso olhar está carregado de discursos do nosso tempo. Apoio-me em Foucault (2014, p. 27) para complementar essa ideia, pois "[...] nós próprios não estamos seguros do uso dessas distinções no nosso mundo de discursos, e ainda mais quando se trata de analisar conjuntos de enunciados que eram, na época de sua formulação, distribuídos, repartidos e caracterizados de modo inteiramente diferente". Assim, ainda que eu levasse em conta os conceitos de transtorno mental anteriores ou de outros autores, não seria possível contemplá-los, pois não se trata de investigar os conceitos de transtornos mentais, mas desse conceito ser uma ferramenta que auxilie o trabalho, neste tempo, neste contexto, para mim, enquanto autora deste trabalho.

No que tange à materialidade discursiva, transito pelos conceitos de "transtorno/distúrbio mental" (quando este aparece explicitamente), trabalhado, principalmente na parte de introdução de cada Manual, além de descrever e problematizar o que se entende e como se percebe o TDAH em cada edição do Manual (quando aparece). Para tanto, o capítulo 3, e seus subcapítulos apresentarão os DSM – I e II, e a partir do capítulo 4 irá referir-se a cada edição do Manual e, quando houver revisão, a mesma será apresentada como subcapítulo.

Entendo materialidade discursiva a partir de Foucault (2014, p. 8), quando o mesmo traz como sendo essa história registrada, afinal é ela que "[...] transforma documentos em monumentos". Entendo aqui o DSM como um documento/monumento que é o efeito das condições de emergência dos seus tempos[8]. Ela registra o que era/é verdade dentro de um determinado grupo da psiquiatria num determinado tempo. O autor ainda complementa essa ideia mostrando que um livro (ou como trato estes Manuais: materialidade discursiva), "[...] só se constrói a partir de um campo complexo de discursos". (FOUCAULT, 2014, p. 28).

8 Colocado no plural, devido às suas edições e revisões, pois o entendimento do que é distúrbio/transtorno mental e mesmo seus diagnósticos, muda a cada edição por conta dessas condições de emergência.

Esses discursos por sua vez seguem e seguirão em disputa daquilo que irá se estabelecer como verdade sobre o TDAH.

Entendendo, a partir de Foucault (1998, p. 22), que o discurso "para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e ainda estão por dizer". Dessa forma, podemos entender que os discursos são mais do que repetições do que é dito, eles constituem sujeitos, objetos, relações... ao mesmo tempo que são constituídos igualmente por essas relações, objetos, sujeitos. Para isso é importante salientar que "[...] as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, como consequências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como a aparição de novas formas na vontade de verdade". (FOUCAULT, 1998, p.16).

Complementando essa ideia de discurso, é necessário salientar que, conforme Fischer (2001, p. 200), o discurso não é o mero dizer de palavras e não se refere às coisas somente, ele "apresenta regularidades intrínsecas a si mesmo, através das quais é possível definir uma rede conceitual que lhe é própria". E justamente por ser mais do que o "dizer de palavras" que o discurso é tomado de saberes e também estabelecem relações de poder. Ou seja, há sempre uma relação com determinados campos de saber, assim

> quando falamos em discurso publicitário, discurso econômico, discurso político, discurso feminista, discurso psiquiátrico, discurso médico ou pedagógico, estamos afirmando que cada um deles compreende um conjunto de enunciados, apoiados num determinado sistema de formação ou formação discursiva: da economia, da ciência política, da medicina, da pedagogia, da psiquiatria. Isso, porém, não significa definir essas formações como disciplinas ou como sistemas fechados em si mesmos. (FISCHER, 2001, p. 203).

Ainda sobre o discurso e/ou discursividades, concordo com Darsie (2014, p. 21), quando o mesmo traz que estas se modificam e se (re)produzem "tanto por meio de alterações relacionadas às suas materialidades [...] quanto pelos significados que passamos a atribuir". Ou seja, daquilo que se via e se vê em cada edição/revisão do DSM sobre transtorno mental foi/está se modificando; não linearmente, tampouco como "processo evolutivo", mas sim, sendo modificado pelas práticas (que também são discursos), pelos contextos históricos, políticos, econômicos, educacionais, da saúde, etc. pelos quais perpassam. Esses contextos, não são absolutos ou estanques. O autor ainda complementa dizendo que esses significados são associados "às práticas culturais dos sujeitos que constituem as diferentes populações que nelas vivem e lhes dão forma". (DARSIE, 2014, p. 21).

Trata-se assim, de pensar deslocamentos discursivos, que ocorreram/ocorrem com o TDAH ao longo das edições e revisões dos DSM. Não em busca de uma verdade absoluta e estanque, mas de refletir, problematizar aquilo que está dito. Foucault (1998) reforça a ideia de que precisa ser observado, não é um desvelamento de algo que possa estar atrás dos

discursos, mas sim o que está ali posto, e suas condições de emergência para serem ditos, constituídos, desconstruídos e modificados. Foucault (2014, p. 43) reforça ainda que:

> […] talvez fosse descoberta uma unidade discursiva se a buscássemos não na coerência dos conceitos mas em sua emergência simultânea ou sucessiva, em seu afastamento, na distância que os separa e, eventualmente, em sua incompatibilidade. Não buscaríamos mais, então, uma arquitetura de conceitos suficientemente gerais e abstratos para explicar todos os outros e introduzi-los no mesmo edifício dedutivo; tentaríamos analisar o jogo de seus aparecimentos e de sua dispersão.

Por fim, apresento neste capítulo uma análise preliminar do número de diagnósticos e número de páginas dos DSMs, resultante de uma das minhas primeiras aproximações com a materialidade da pesquisa. Para isso, apoio-me em Figueira e Caliman (2014, p. 21), que mostram que a psiquiatria no fim do século XIX e início do século XX tinha cunho higienista e que os médicos "explicavam comportamentos socialmente indesejados a partir de parâmetros biológicos e hereditários". Conforme o passar dos anos, a psiquiatria foi mudando e, com ela, a elaboração de critérios e a classificação dos transtornos.

Nessa perspectiva, saliento também que, para Foucault (2006, p. 348), a psiquiatria (e outras áreas que lidam com as chamadas subjetividades), veio "pautar, organizar e ao mesmo tempo distribuir esse campo do poder disciplinar", ao longo dos anos. Embora hoje, nos encontramos em predominância de uma sociedade de controle, o poder disciplinar ainda tem grande atuação na vida das pessoas e foi a partir da sociedade e do poder disciplinar que a psiquiatria foi sendo constituída e consolidada.

A fim de sistematização desta proposta, o texto está organizado da seguinte maneira: no capítulo a seguir apresento e descrevo meus deslocamentos dentro do trabalho, abordando os aspectos metodológicos e os primeiros apanhados do trabalho. No terceiro capítulo descrevo e analiso os delineamentos e como a hiperatividade e o déficit de atenção começam a aparecer, nas duas primeiras edições do Manual, como problema para a APA. Nos capítulos 4, 5 e 6 trago o TDAH e sua construção em cada edição/revisão, analisando o processo de construção do que é TDAH em cada manual, pensando os deslocamentos desse transtorno. As revisões dos Manuais, (quando houver), estarão em subcapítulos referentes à sua edição.

2 COMO SE DESLOCAR NO TRABALHO

Minha dissertação está apoiada nas referências dos estudos pós-estruturalistas e, especificamente, dos estudos foucaultianos, utilizando ferramentas como análise do discurso para fazer uma descrição analítica do DSM e mais especificamente sobre o TDAH ao longo de suas versões/revisões. O estudo dirige-se ao DSM por ele estar sendo um dos principais - se não o principal - instrumento pelo qual se diagnostica os transtornos mentais, dentre eles o TDAH[9].

Para fazer uma análise sobre o TDAH dentro do DSM, foi necessário me debruçar sobre os Manuais e descrevê-los naquilo que era pertinente para este trabalho. Era necessário descrever o corpo físico com cores, escritos e detalhes – principalmente das três primeiras edições -, pois nem todos estão disponíveis na sua materialidade física, as três primeiras edições estão disponíveis virtualmente. Descrevi, aquilo que estava explícito, como, por exemplo, nas duas primeiras edições a relação que havia entre a APA e a Associação das Forças Armadas e de Veteranos de Guerra. Fui descrevendo tudo aquilo que poderia estar associado aos distúrbios/transtornos da infância – e após a terceira edição diretamente ao TDAH.

Era necessário também descrever coisas que não estavam diretamente ligadas ao TDAH. Um exemplo disso refere-se ao número de página e ao próprio número de diagnósticos possíveis nas edições/revisões do DSM. Isso se refere principalmente a constituição da psiquiatria como área rentável dentro da Medicina. Embora não fosse objetivo do trabalho, apareceu por estar ligado, por exemplo, ao fato do DSM ter um grupo de diagnósticos específicos para a infância e adolescência (no qual o TDAH se encontra).

Até a terceira edição, estava se consolidando nomenclaturas e dando-se processos iniciais ao Manual, não havia, por exemplo, uma definição do que era distúrbio/transtorno mental. Após a terceira edição além da APA ter definido – ainda que posteriormente tenha mudado – o conceito de distúrbio/transtorno mental, passou, também por outras mudanças significativas na maneira de contemplar as diversas correntes da psiquiatria; e isso também foi relevante na descrição, pois houve um salto no número de páginas e diagnósticos a partir disso.

Considerei relevante, também descrever – a partir da terceira edição em que isso estava explícito – o número de integrantes que dão conta dos distúrbios/transtornos da infância e adolescência ou qualquer grupo que remeta ao TDAH, fazendo ligação com o grande grupo de trabalho da APA. Toda essa descrição me permitiu posteriormente analisar o

9 Será melhor explicitado o que é o TDAH no próximo capítulo onde apresento os objetos da pesquisa.

que estava ali escrito. Não se tratava, pois, de analisar e após descrever a análise, mas sim do processo inverso.

Conforme Paraíso (2012, p.28) busca-se, "estratégias de descrição e análise que nos possibilitem trabalhar com o próprio discurso para mostrar os enunciados e as relações que o discurso coloca em funcionamento". A autora explica os motivos de inverter as palavras do tradicional método de pesquisa análise descritiva, pois só há análise após as minúcias descritivas, é preciso detalhar, pois "somente descrevendo podemos fazer rupturas que são necessárias para construirmos e divulgarmos outros sentidos". (PARAÍSO, 2012, p.38). Desse modo, analisam- se "as manobras, as táticas e os funcionamentos das posições estratégicas que dão efeito de conjunto a determinadas relações de poder em um discurso". (PARAÍSO, 2012, p. 39). Tendo isso em vista, aproprio-me do termo *descrição analítica.*

A autora ainda coloca que ao descrever, me encontro analisando "os saberes, explicando suas relações e desenvolvendo suas implicações" e ao analisar, estamos descrevendo "os focos de instabilidades das relações de poder, porque o poder possui inúmeros pontos de luta". (PARAÍSO, 2012, p. 39). Como o foco está voltado mais para a análise e problematização dos discursos produzidos no DSM, explicando a relação e a constituição do sujeito com TDAH através dos saberes, do que descrever os focos de instabilidade e dos pontos de luta é que uso o termo "descrição analítica" para a condução do trabalho, afinal "descrevemos analisando os saberes explicando suas relações e desenvolvendo suas implicações". (PARAÍSO, 2012, p. 39).

Ainda, no que dia respeito a esse caminho metodológico, e indo ao encontro da *descrição analítica* de Paraíso, mais especificamente sobre a descrição, apoiei-me em Darsie (2014), que trouxe uma descrição minuciosa do site da OMS em seu trabalho. É a partir do trabalho deste autor que procurei descrever detalhes e minúcias, inclusive sobre aspectos físicos da materialidade discursiva em questão. Uma das razões que considerei necessária essa descrição do DSM foi o fato dele não estar disponível para professores e outros profissionais da educação, tal qual está para psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e outros profissionais da saúde, mais especificamente da saúde mental.

Ao tratar do discurso psiquiátrico, Martins (2008) aponta que o mesmo constitui práticas e (re)produz outros discursos dentro da própria Saúde Mental, atingindo outras (tais como Educação e Assistência Social, por exemplo). O autor traz que esses discursos e práticas, especialmente nas áreas que lidam com subjetividades, têm como um de seus efeitos uma medicalização não apenas desse sujeito como também da própria área; produzindo ilimitadamente papéis de doentes, a partir de seus diagnósticos, que são as práticas. Afinal, "o

modo de funcionamento de uma nova forma de medicalização na sociedade contemporânea se caracteriza por intervenções que buscam não mais [somente] ajustar ou normalizar o que existe, mas transformar a própria vida" (MARTINS, 2008, p. 334) através desses medicamentos.

A partir de tais considerações, para o processo de pesquisa deste trabalho, procurei fazer a descrição analítica dos DSMs no que tange especificamente o TDAH, entendendo esse objeto (DSM) como (re)produtor de discursos, uma materialidade discursiva, um documento, assim como um constituidor do sujeito com TDAH.

Para tanto, utilizei todas as edições do DSM, incluindo suas revisões, pois há, entre cada edição/revisão, mudanças necessárias de serem descritas e analisadas. Os processos de mudança das descrições do TDAH perpassam mudanças inclusive na forma de governamento e do biopoder, que, embora não sejam o foco do meu trabalho, é necessário que apareçam de forma complementar ao discurso e à constituição do sujeito, aliás, não se encontram descoladas.

2.1 Primeiros apanhados do DSM

Conforme Kyrillos Neto e Santos (2011), com a necessidade de se obter informações epidemiológicas e/ou estatísticas, foi desenvolvida uma classificação de transtornos mentais nos Estados Unidos a partir do censo. Essa primeira tentativa se deu ainda no século XIX, por volta de 1840, quando as designações usadas foram "idiotice e insanidade" para demarcar algum traço de transtorno mental. Já por volta de 1880 foram incluídas nos censos as "[...] categorias de transtornos mentais: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo [...]" (KYRILLOS NETO; SANTOS, 2011, p. 156) para designar os transtornos mentais nessas pesquisas populacionais. Ainda antes da primeira edição do DSM, a APA, conjuntamente com a Comissão Nacional de Higiene Mental, criou um "Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos", que continha aproximadamente 20 diagnósticos.

O DSM teve sua primeira edição no ano de 1952. Segundo consta em sua apresentação (APA, 1952), o DSM-I veio para uniformizar a linguagem em relação aos transtornos mentais nos Estados Unidos. Dentro de todo o processo de edição desse Manual, houve forte participação das Forças Armadas e Administração de Veteranos para a nomeação e diagnóstico junto à APA. Essa participação deve-se ao fato do seu contexto histórico: era o pós II Guerra Mundial, embora, mesmo antes da II Guerra Mundial, já haviam Manuais de Higiene Mental voltado para hospitais (APA, 1952), nos quais a Associação dos Veteranos de Guerra participavam ativamente na decisão da nomenclatura e critérios diagnósticos de

transtornos mentais. Essa Associação se mantém participante até os dias de hoje, porém com menos poder de decisão do que em 1952. O DSM-I contava com apenas dois grandes grupos de transtornos mentais, 11 subgrupos e em torno de 125 diagnósticos. O número de páginas também se torna relevante, pois eram *apenas* 145[10].

Já no período de Guerra Fria, lançou-se a segunda edição do DSM, ainda com forte vinculação à Associação dos Veteranos de Guerra, em sua maioria, atuantes na perspectiva psicanalítica. O DSM-II (APA, 1968) contava com aproximadamente 220 possibilidades de diagnóstico, subdividido em onze grandes grupos. O número de páginas diminuiu para 135, apesar do aumento nas possibilidades diagnósticas.

O DSM III (APA, 1980), também inova como sendo o primeiro a passar por uma revisão durante sua vigência, com reclassificações e mudanças nas nomenclaturas, inclusive dos Eixos[11]. No DSM-III-R (APA, 1989), houve mais acréscimos do que saída de doenças, passando a ter em torno de 275 diagnósticos e 602 páginas. Mesmo tratando-se de uma revisão, é válido notar que o mesmo teve uma vigência curta, cerca de 6 anos. Durante a vigência dessa revisão, já estava se discutindo a próxima versão do Manual, já que o CID também estava passando por reformulações.

O DSM IV (APA, 1995) lançado juntamente com a nova versão do CID (em sua 9º edição na época), teve várias modificações; a que vai chamar mais a atenção refere-se a uma reorganização de alguns diagnósticos dentro dos Eixos Axiais e a nomenclatura desses últimos.[12] Esse DSM contava com mais de 380 possibilidades de diagnósticos e aproximadamente 830 páginas. Tal como o DSM III, o DSM IV também passou por uma revisão, o DSM IV-R (APA, 2000). Neste não houve modificações nas nomenclaturas dos Eixos, apenas acréscimos e saídas de alguns de diagnósticos, assim como a mudança de eixo ou subgrupo. Continuou-se com cerca de 380 diagnósticos, porém os testes, os sinais-sintomas mereceram atenção especial, fazendo com que esta revisão ficasse com cerca de 950 páginas.

Por último, o DSM-V (APA, 2013), chegou com uma série de mudanças, tais como a saída da classificação por Eixos. Em sua introdução, está explicitada a ideia de que não se

10 Coloco o número de páginas como relevante pois também é parte da análise, visto que houve um aumento significativo da primeira edição em 1952, até a última em 2013.

11 No DSM III-R os cinco eixos axiais eram: Eixo I – Síndromes clínicas; Eixo II – Distúrbios de Personalidade; Distúrbios de Desenvolvimento; Eixo III – Distúrbios e condições físicas (recorria-se ao CID, tanto que no Manual não há indicações de como se fazer diagnósticos nesse eixo via DSM até 2013); Eixo IV – Gravidade dos Estressores Psicossociais; Eixo V – Avaliação Global de Desenvolvimento (AGF);

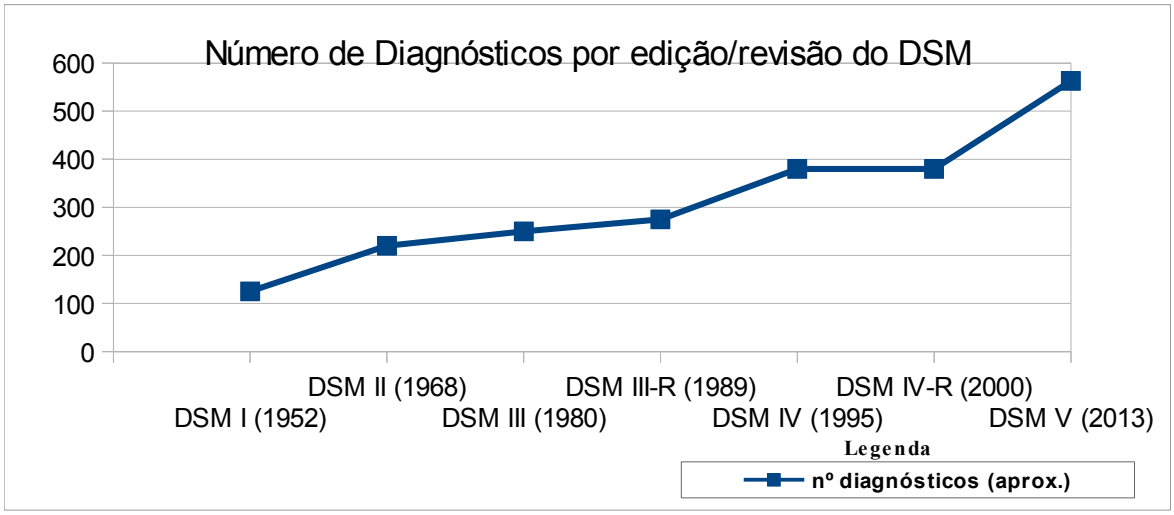
12 No DSM IV os cinco eixos axiais eram: Eixo I – Transtornos clínicos; Outras condições que podem ser um foco de atenção clínica; Eixo II – Transtornos de Personalidade; Retardo Mental; Eixo III – Condições Médicas Gerais; Eixo IV – Problemas Psicossociais e Ambientais; Eixo V – Avaliação Global do Funcionamento

faça mais diagnósticos por eixo axial, sendo que sua organização se assemelha bastante com a do DSM II, com vários pequenos grupos de transtornos. Vale lembrar que o DSM-V atrasou alguns anos seu lançamento por conta de discussões internas da ala mais ligada à psicanálise para a volta da homossexualidade/transexualidade/bissexualidade enquanto doença, entre outras questões que geraram discussões que estavam presentes naquele contexto. Desse modo, o DSM-V conta com 563 possibilidades de diagnósticos e mais de 1020 páginas.

Para melhor visualização de todo esse processo de crescimento no número de páginas e diagnósticos, trago dois gráficos que mostram tais questões:

GRÁFICO 1 - Aumento do nº de diagnósticos ao longo dos DSMs.

Fonte: elaborado pela autora (2016)



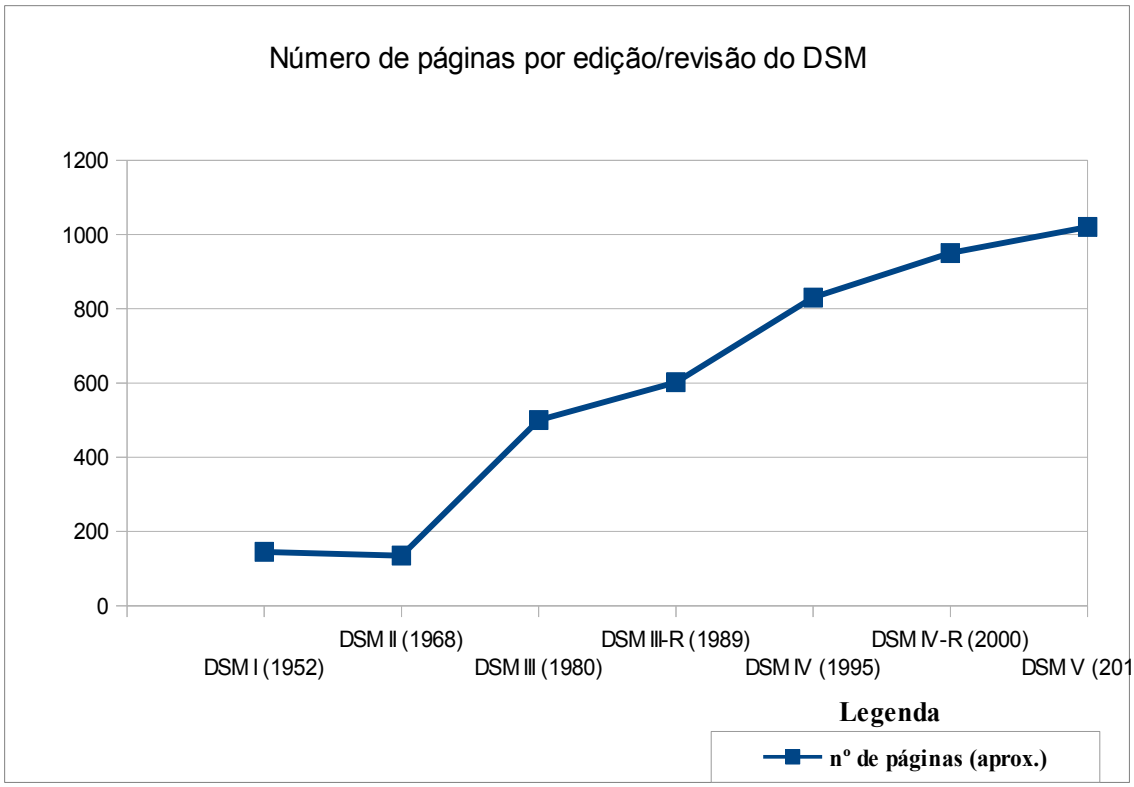
Como mostro nesse gráfico 1, há uma crescente no número de diagnósticos ao longo dos anos. Foucault (2006) me possibilita ter um suporte teórico pra pensar nesse aumento de diagnósticos, a partir do que ele denomina como "prova psiquiátrica". Segundo o autor "transcrever a demanda [de diagnósticos][13] como doença, fazer existir os motivos da demanda como sintomas da doença é a primeira função da prova psiquiátrica[14]". (FOUCAULT, 2006, p. 348). Ainda me utilizando do mesmo autor, trata-se tanto de "fazer [algo][15] existir como doença ou não-doença" (FOUCAULT, 2006, p. 348), quanto se trata também, e talvez, principalmente, "fazer existir como saber médico o poder de intervenção e o poder disciplinar da psiquiatria". (FOUCAULT, 2006, p. 349).

No próximo gráfico, apresento o crescimento do número de páginas do DSM ao longo

13 Nota minha.
14 Prova psiquiátrica difere-se da medicina orgânica. Conforme Foucault (2006, p. 349), ela "entroniza a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicos".
15 Nota minha.

de suas versões/revisões. Trata-se de um aspecto relevante, visto que está diretamente ligado ao número de diagnósticos e a descrição dos mesmos, principalmente a partir do DSM III.

GRÁFICO 2: Aumento no número de páginas ao longo dos DSMs.



Fonte: elaborado pela autora (2016)

Neste segundo gráfico, como já havia mostrado anteriormente, chama a atenção o salto de número de páginas do DSM II para o DSM III, devida às mudanças que ocorreram nesta época. É possível visualizar que do DSM III até o DSM V, houve aumento proporcional na quantidade de páginas desse Manual. Esse aumento se dá em uma progressão em média de 104 páginas[16] a cada versão/revisão do Manual, a partir de sua terceira edição. Isso tudo se reflete também no TDAH que também teve suas possibilidades de diagnósticos aumentadas ao longo dos DSMs.

Por fim é válido trazer um conceito inicial de TDAH. Para Muszkat, Miranda e Rizzutti (2012) o TDAH é uma dificuldade de atenção, controle de impulsos e no planejamento e estratégias de ação. Barkley (2002, p.35) complementa explicitando que TDAH é um transtorno "de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com

16 Cálculo feito da seguinte forma: 1020 – 500 = R/5 onde:
1020: número aproximado de páginas do DSM V;
500: número aproximado de páginas do DSM III;
R: resultado da subtração;
5: número de edições/revisões a partir do DSM III;

os períodos de atenção, com o controle do impulso e com o nível de atividade". Com algumas diferenças entre os autores, eles seguem uma descrição em comum: dificuldade, seja ela mais ligado ao desenvolvimento, seja ela ligada ao modo de agir, as descrições de diferentes autores seguem um mesmo padrão abordando a falta da atenção e falta de controle de impulsos e ações. Castro e Nascimento (2009), afirmam que raramente esse transtorno se manifesta isoladamente, trazendo consigo, em geral, outros diagnósticos psiquiátricos.

3 OS PRIMEIROS MANUAIS E O DELINEAMENTO DA HIPERATIVIDADE E DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COMO PROBLEMA.

As duas primeiras edições do DSM tinham caráter mais psicanalítico e militarizado devido ao seu contexto pós-guerra e de Guerra Fria. Ainda que, no que tange a infância, tivemos pouca visibilidade nesses dois primeiros manuais, é a partir deles que delimitam algumas ideias do que é hiperatividade e déficit de atenção dentro da APA. Não havia, dentro da Associação, uma centralidade sobre as questões da infância, ao passo que, com o tempo, essas questões foram ganhando terreno. Sendo assim, descrevo neste capítulo esse processo inicial – que mais tarde se consolida – do que se entendia por hiperatividade e déficit de atenção.

3.1 DSM-I: As crianças irrequietas do mundo adulto

Em 1952 a APA lança a primeira edição do DSM. No que diz respeito sobre a aparência do primeiro manual: aparentemente a cara era de couro na cor marrom, com escritas gravadas em dourado. Há um logotipo também gravado em dourado, em que se destaca um homem e, embora não esteja claro, pode-se supor ser do fundador da APA, G. Stanley Hall. Em sua folha de rosto há a repetição do título, os autores sucintamente descritos como Comitê de Nomenclatura e Estatística[17] da APA e, por fim, em seu rodapé, apresenta-se o endereço da sede da APA e o ano da publicação do DSM-I.

Seu sumário traz a localização da introdução, das cinco seções que vão especificar os diagnósticos e como fazê-los de fato: a primeira seção traz a unidade de nomenclatura padrão das doenças psicobiológicas; a segunda seção apresenta uma introdução da nomenclatura revisada e definição dos termos básicos (muito embora não apareça em momento algum a definição do que seja transtorno/distúrbio mental); na terceira seção especifica como registrar as condições psiquiátricas levando em conta condições gerais e específicas; na sequência, a quarta seção, trata dos princípios básicos e sugestões de tabulações estatísticas. Além disso, anunciam os quatro anexos que estão mais voltados para as diferenciações de nomenclaturas frente a outros grupos que pensam as questões de nomenclatura e diagnósticos, bem como documentos que são utilizados para o diagnóstico de transtornos/distúrbios mentais.

Em sua introdução, relata que desde 1927, se tentava padronizar as nomenclaturas dos diagnósticos e que houve várias divergências, até chegarem ao produto final. Esse processo foi atrasado, segundo consta no DSM I (1952), pela vinda da Segunda Guerra Mundial. Nesse Manual aponta-se que "[...] a psiquiatria americana, civil e militar, foi utilizando um sistema

17 Traduzido de *The Committe on Nomenclature ans Statistics of the American Psychiatric Association*.

de nomenclatura desenvolvido primeiramente para o caso de necessidade e lotação dos hospitais públicos psiquiátricos"[18]. (APA, 1952, p. vi). Ainda no desenvolvimento da introdução, cabe ressaltar que boa parte dos autores (a APA), têm relação significativa com as forças armadas (ou pertencentes a elas) e a psicanálise enquanto linha teórica com maior significância.

É relevante a colocação de outras instituições que constituíram jogos de força nesse contexto de decisão das nomenclaturas e critérios diagnósticos dos distúrbios/transtornos, tais como o Instituto Nacional de Saúde Mental (órgão ligado ao Sistema Público de Saúde dos EEUU)[19], a Associação Médica Americana, entre outras (essas citadas em especial). Para essas instituições citadas e outras, foram mandados questionários para que se pudessem descrever melhor os diagnósticos além de padronizar a linguagem e a nomenclatura. Nesta introdução, assinada por George N. Reines[20] em novembro de 1951, há um relato sobre o processo de cisão dessas nomenclaturas e critérios diagnósticos, além da revisão dos questionários.

É de grande relevância trazer que, nem na introdução, nem em seus anexos, há algum indicativo de significado de transtorno/distúrbio/doença mental. Consta apenas que esses são divididos em dois grandes grupos: de transtornos afetivos e de transtornos esquizofrênicos. Em uma procura por termos como "hiperatividade" e "déficit de atenção", a partir de suas traduções literais para o inglês, não foram encontrados resultados, o que não significa que não houvesse discursos sobre essa temática em outros espaços.

Paralelamente a isso, segundo os autores Muszkat, Miranda e Rizzutti (2012), o escritor e médico alemão Heinrich Hoffman, em 1865, falou, pela primeira vez, em um poema seu, sobre uma criança que, hoje, seria considerada como tendo TDAH, pois era irrequieta, distraída e impulsiva. Cientificamente, conforme Caliman (2010) o primeiro registro teria sido feito por George Still por volta de 1902, que caracterizava as crianças como sendo desafiadoras, impetuosas e agressivas. Segundo a autora, George Still ainda descreveria esse transtorno como defeito do controle moral. Caliman (2006) ainda pontua que, resumidamente, George Still marcou seu nome na história como um dos precursores da naturalização da moral e moralização do natural. Pode-se dizer que "estes primeiros relatos de crianças irrequietas e impulsivas estavam impregnados de olhar advindo da doutrina do darwinismo social que, no final do século XIX, era bem aceita na comunidade científica e atribuía vários

18 Tradução minha;
19 Tradução minha;
20 George N. Reines era um dos membros de nomenclatura do DSM, e ocupava o cargo de presidente do Comitê de Nomenclatura e Estatística.

comportamentos desviantes a falhas morais inatas". (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012, p. 17).

Os autores acima ainda trazem que, entre as décadas de 1930 até o fim da década de 1960, a hiperatividade e o déficit de atenção não eram possíveis de serem identificados, pois estavam sempre mais associados a outras disfunções cerebrais. Mesmo após o lançamento do DSM I, o TDAH, ou hiperatividade ou déficit de atenção, não apareceu sequer como sintoma de alguma doença catalogada no Manual. Porém, a hiperatividade e o déficit de atenção estavam em cartilhas de sintomas de diagnósticos que complementavam o DSM, como por exemplo, de "lesão cerebral mínima", "disfunção cerebral mínima", pois se pensava que o sintoma da hiperatividade estava associado a lesões cerebrais, embora nem sempre eram visíveis tais lesões (seja por não existirem, seja por serem consideradas leves de fato).

Apenas quatro diagnósticos continham palavras como infância (*childhood*), primeira infância (*infancy*), ou adolescência (*adolescence*), além de não estar presente categorias específicas para a infância/adolescência. Conforme apontado anteriormente nos "Primeiros apanhados", isso de deve também a força que a Associação dos Veteranos e das Forças Armadas tinha na época da elaboração desse primeiro DSM. É apenas no Apêndice A que há uma especificação de transtornos/distúrbio de comportamento onde há uma categoria para especificar quando foi a primeira vez – referindo-se a infância e adolescência - em que se manifestou algum transtorno/distúrbio do comportamento. Nos diagnósticos principais há apenas os quatro citados acima.

Trata-se de uma tentativa de estabelecer um *status* que a Medicina Mental[21] até então não tinha, muito embora houvesse asilos e hospitais psiquiátricos desde muito antes do DSM-I. Sendo assim, pode-se entender que ter asilos e hospitais psiquiátricos foram (algumas das) condições de emergência para que se se concretizasse um manual para a medicina mental, com semelhanças a medicina orgânica. Segundo Foucault (2000a), tal como a medicina orgânica, a medicina mental também se constituiu pela sintomatologia. No DSM-I isso fica evidente.

Sendo assim, pode-se considerar o DSM-I como um "marcador histórico" mais concreto de uma padronização da medicina mental, numa tentativa de seguir os passos da medicina orgânica, afinal as duas utilizam os mesmos "[...] métodos para distribuir os sintomas nos grupos patológicos, e para definir grandes entidades mórbidas. Ora, o que se encontra por detrás deste método único, são dois postulados que concernem a natureza da

21 Termo usado por Michel Foucault no livro "Doença Mental e Psicologia" (2000a) ao referir-se à psiquiatria e psicologia como áreas que se diferenciam, mas que tem como objeto de estudo os aspectos mentais e comportamentais dos indivíduos.

doença". (FOUCAULT, 2000a, p. 12).

Ao delimitar o que é normal e o que não é, a medicina mental se constitui, como aponta Foucault (2006), enquanto uma ciência médica disciplinar, regrada com ordens disciplinares. Apropriando-se das falas de Pinel, Foucault ainda coloca que essa disciplina faz parte do processo terapêutico que perpassa vários atores. Destaca-se entre esses atores, o médico, mas este, não detém sozinho o poder, pois:

> [...] poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento. (FOUCAULT, 2006, p. 7).

Outra questão relevante, diz respeito ao DSM-I, para que o mesmo fosse possível naquele momento e não em outro: a individualização (fruto da modernidade que foi sendo constituída a partir do século XVIII), a ideia de indivíduo/sujeito. Se, para Foucault (2006), numa sociedade soberana não havia indivíduo, mas sim "aquilo que se fazia"[22], na sociedade disciplinar o indivíduo é o foco. É a partir da sociedade disciplinar que se estuda as individualidades, é quando surge a própria psiquiatria, ou na linguagem que Michel Foucault usa, no livro "Doença Mental e Psicologia": medicina mental.

Paralelamente a isso, também já se constituía uma ideia de infância (que também começou a ser constituída séculos antes), e, consequentemente suas questões problemáticas relacionadas a ela. Caliman (2010) traz que o que viria a ser o TDAH, era tratado como um defeito moral. Tanto nos escritos de George Still, quanto nos atuais, há algo em comum: "[...] resultam do defeito da função inibitória da vontade" (CALIMAN, 2010, p. 52), ou seja, a impulsividade. Ainda conforme traz a autora, Still, coloca que como essa doença/distúrbio/transtorno vinha de um defeito moral, tratava-se então de um desequilíbrio em um ou nos dois "pilares" da moralidade: a consciência moral e a vontade.

Outro ponto a ser tratado sobre o trabalho de Still, refere-se ao fato do mesmo não utilizar os termos desatenção (ou déficit de atenção) e/ou hiperatividade. É apenas com William James que começa a se pensar nessas palavras para descrever o defeito moral trazido por Still (CALIMAN, 2010). Começa a se construir relações de saberes-poderes a respeito do que viria a ser o TDAH.

Porém nesse jogo de poder-saber ainda não se sustentavam questões a cerca da infância dentro da APA, que na época estava mais próxima das associações militares do que

22 No Livro o Poder Psiquiátrico de Michel Foucault (2006), é trazido que não existe o nome do Rei, mas sim a função Rei que é trazido pelo corpo de alguém que cumpre essa função, caso o corpo adoeça e venha a falecer, outro corpo sucede, sendo Rei.

de especialistas da infância. Apesar de toda movimentação e descrição das crianças com esse "defeito moral", focava-se ainda no indivíduo, e especificamente no indivíduo adulto louco. Focava-se ainda, conforme Foucault (2012a), não no conhecimento sobre a Doença Mental, mas sim que tipo de poder a razão opera sobre a loucura, tratava-se mais ainda do:

> […] balizamento dos mecanismos de poder no interior dos próprios discursos científicos: a qual regra somos obrigados a obedecer, em uma certa época, quando se quer ter um discurso científico sobre a vida, sobre a história natural, sobre a economia política? A que deve se obedecer, a que coação estamos submetidos, como, de um discurso a outro, de um modelo a outro, se produzem efeitos de poder? Então […] se trata, sem dúvidas de uma história (…) dos mecanismos de poder e da maneira como eles se engrenaram. (FOUCAULT, 2012a, p. 221-222).

Ainda sobre o processo de individualização, este, traz como um dos efeitos, o fato de ser levado em conta que cada pessoa pode reagir de uma forma diferente à mesma situação. Logo, cada indivíduo que participou ativa ou passivamente da II Guerra Mundial teve um tratamento diferenciado (ainda que os sintomas no DSM-I tentasse categorizá-los). Houve guerras anteriormente, incluindo a I Guerra Mundial, mas o indivíduo e a medicina mental não estavam no nível de desenvolvimento tal como nos anos que antecederam o lançamento do Manual. Anteriormente se tratavam questões a respeito de distúrbios e transtornos mentais com pequenos manuais, específicos de cada hospital.

O DSM-I é, portanto, efeito desses processos do seu tempo (tal qual como suas edições e revisões posteriores). Para que o DSM-I tomasse tal forma era necessário: a constituição do sujeito como único; o contexto pós II Guerra Mundial; e, um pouco anterior a guerra, ao desenvolvimento da medicina mental. Essas, (além de outras também relevantes mas que não cabem neste trabalho), tiveram como efeito o surgimento da APA enquanto instituição, e do DSM enquanto materialidade discursiva.

A partir da leitura de Foucault (1998), trago esses acontecimentos citados anteriormente, pelo viés de produção de verdade, que é excludente, afinal:

> [...] apoia-se sobre um suporte institucional: é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por toda uma espessura de práticas como a pedagogia [ou mesmo a própria psiquiatria][23], é claro, como sistema dos livros, da edição, das bibliotecas, como as sociedades de sábios outrora, os laboratórios hoje. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado na sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído... Enfim, creio que essa vontade de verdade assim apoiada sobre um suporte e uma distribuição institucional, tende a exercer sobre os outros discursos […] uma espécie de pressão e como que um poder de coerção. (FOUCAULT, 1998, p. 16-17).

Sendo assim, se foi possível que surgisse um DSM-I, é porque outros discursos e outras produções de verdade foram excluídas. Isso não significa, necessariamente, que esses e

23 Nota minha.

outros discursos não estivessem mais em disputa posteriormente. Trata-se de pensar constantemente a produção de verdade como disputas daquilo que pode ou não ser dito/feito/escrito/documentado/registrado. Afinal "[...] as relações de poder são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis. Não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável". (FOUCAULT, 2012a, p. 227).

Essa produção ou vontade de verdade, e esse saber produzido não existe sem as relações de poder. Relações de poder essas que por sua vez também não se estabelecem sem o saber. Há uma peculiaridade no âmbito da Medicina Mental, pois as instituições como hospitais psiquiátricos ou asilos já existiam antes mesmo do DSM (tratando-se, portanto, de outra condição de emergência para tal materialidade). "O hospital, como a civilização, é um lugar artificial em que a doença, transplantada, corre o risco de perder seu aspecto essencial". (FOUCAULT, 2004, p. 17).

Foucault (2006, p. 19), trata a instituição como mais do que um prédio físico, "[...] no fundo, ao mesmo tempo, de indivíduos e de coletividade, o indivíduo, a coletividade e as regras que as regem já estão dados, e, por conseguinte, pode-se precipitar aí todos os discursos psicológicos ou sociológicos"[24]. Sendo assim, não cabe analisar as regularidades da instituição, mas sim como o poder age, como as redes se formam, e como elas constituem indivíduos e coletividades. É perceptível que quando se fala em instituições aqui, posso referir-me tanto a um hospital psiquiátrico quanto a própria APA, pois o funcionamento, as redes, as relações de poder-saber em ambos os locais se dão de forma semelhante.

Não se trata de entender o DSM como um "material de verdade", mas sim como essa materialidade discursiva é o efeito das relações de poder dentro da APA (e outros órgãos). Os discurso presentes nessa primeira edição são frutos dessas relações. Foucault (2012b, p. 248) me ajuda a complementar essa ideia ao afirmar que "Todos os elementos pertencem a um sistema de poder, no qual o discurso não é senão um componente religado a outros componentes. Elementos de um conjunto. A análise consiste em descrever as ligações e relações recíprocas entre todos esses elementos".

Especificamente trago alguns desses elementos: a APA, o próprio DSM, Hospitais/Clínicas Asilos que tratam das questões de Medicina Mental; Associação de Veteranos; Associação de Militares; estudiosos da área da infância; outros psiquiatras fora da APA etc. Todos esses citados, e até aqueles que não o estão – pelos motivos de terem seus

24 "A instituição neutraliza as relações de força ou só as faz atuar no espaço que ela define" (FOUCAULT, 2006, p. 19) – nota de rodapé, referente ao que estava no manuscrito da sua aula de 7 de novembro de 1973.

discursos silenciados ou sem efeitos – seguem em constante disputa para que seus discursos tomem forma e tenham os tais efeitos.

Sobre essas relações de poder, que podem mudar, e não são finitas, e não são centradas Foucault (2012b, p. 256) reforça que:

> O poder não opera em um único lugar, mas em lugares múltiplos: a família, a vida sexual, a maneira como se trata os loucos, a exclusão dos homossexuais, as relações entre homens e mulheres [...] todas essas relações são relações políticas. Só podemos mudar a sociedade sob essa condição de mudar essas relações.

Lembrando que não se trata de algo que acontece uma vez com efeitos irreversíveis, é justamente as relações de poder que permitem que os discursos surjam/mudem e sofram resistências, são constituídos, desconstruídos, reconstruídos, etc. Trata-se de um processo[25] constante, que não tem fim em si. Os efeitos depois de acontecidos se tornam parte do processo dos próximos efeitos, resistências, mudanças, etc. e assim sucessivamente.

Como não é finito, com o surgimento do DSM, surgiram outros jogos de força e outras relações de poder, e, com isso, o Manual, em alguns anos, passou por mudanças. Entidades antes menos ouvidas tiveram voz, outras perderam um pouco seu *status*. Revisou-se o que já estava ali, pensou-se em outros diagnósticos, outras descrições. Esse processo se repete até os dias atuais. Já para a edição seguinte, entra em cena outro órgão que faz com que esse jogo de força seja ainda mais múltiplo: a aproximação com a OMS faz com que surjam efeitos outros sobre a edição seguinte do Manual, apresentada no próximo subcapítulo.

A partir disso, tomo como relevante nesse processo de constituição do Manual como um "documento", a elaboração e construção do mesmo. A APA se consolidando como a entidade que pensa as questões relacionadas às Doenças Mentais. Ainda que ele não tenha focalizado questões a cerca da infância, nem contemplado, questões sobre hiperatividade e/ou déficit de atenção, trata-se de um primeiro movimento para que se descreva, constitua, construa e sistematize os distúrbios/transtornos mentais.

3.2 DSM- II: A hiperatividade e o déficit de atenção no campo orgânico das questões mentais

Começo esse segundo capítulo, tal qual como o primeiro, descrevendo a materialidade. O DSM II, publicado em 1968, teve sua capa impressa em papel (diferentemente do DSM I, em couro). Em cor amarelo escuro com impressos em preto no escrito *Diagnostic and*

25 A definição de Processo no Dicionário Michaelis é "**1** Ato de proceder ou de andar. **2** ***Sociol***. Sucessão sistemática de mudanças numa direção definida. **3** Concatenação ou sucessão de fenômenos. **7** Ação de ser feito progressivamente". Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=devir. Aceso em: 12 dez. 2015.

statistical manual of e, destacadamente, em branco e em caixa alta, *Mental Disorders*. Apresenta ainda o mesmo *logo* da edição anterior, também impresso em branco. Mais abaixo se especifica que se trata da segunda edição e, no rodapé, constam os escritos *American Psychiatric Association*.

Em sua folha de rosto, se assemelha ao DSM I, contendo a especificação de que é elaborado pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística[26] da APA, ano de publicação e endereço da Associação. A seguir aparece a folha catalográfica contendo, inclusive, o valor pelo qual o DSM deveria ser comprado. Na sequência, traz os membros do Comitê citado anteriormente, especificando o período de vigência de cada um. A última página antes do sumário é de agradecimentos a alguns membros revisores da nomenclatura.

O sumário organiza a apresentação, trazendo uma introdução como "pano de fundo histórico", para em seguida enumerar as seis seções assim nomeadas[27]:

- Seção 1: O uso do Manual: instruções especiais;
- Seção 2: A nomenclatura diagnóstica: lista dos transtornos/distúrbios mentais e o seu código numérico;
- Seção 3: A definição dos termos; (aqui são subdivididos em 11 subseções que especificam os subgrupos diagnósticos);
- Seção 4: Tabulações estatísticas;
- Seção 5: Lista comparativa de códigos e títulos;
- Seção 6: Lista detalhada dos principais transtornos no CID – 8.

Na introdução do DSM II (APA, 1968, p. vii), podemos destacar seu início, o qual traz que "[...] esta segunda edição do Manual Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II) reflete o crescimento do conceito que as pessoas de todas as nações vivem em um único mundo". Há um processo de homogeneização ou, no caso da Medicina Mental, de normalização. Trata-se de um reflexo da sociedade disciplinar onde o DSM e as instituições envolvidas nesse processo fazem parte disso. Entendo, a partir de Foucault (2013), que essa sociedade disciplinar é, mais do que o controle da população, é o controle de cada um em si mesmo, tornando mais útil, hábil, mas, ao mesmo tempo, dócil.

> Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e

26 Tradução minha.
27 Tradução minha.

> o recompõe. Uma "anatomia política", que é também igualmente uma "mecânica do poder" […]; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos "dóceis". A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade)e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma "aptidão", uma "capacidade" que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada. (FOUCAULT, 2013, p. 133-134).

Na primeira parte da introdução do DSM-II (APA, 1968) vai se conduzindo o leitor nas justificativas de uniformização das nomenclaturas a partir da maior aproximação com o CID, tendo, inclusive, aproximado suas relações com a OMS para que se tivessem membros da APA na seção de transtornos mentais do Código em questão. Novamente, vemos presente aqui questões de normalização. Normalização entendida a partir de Foucault (2000b) como uma ação da norma:

> A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço - essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. (FOUCAULT, 2000b, p. 302).

A partir de uma homogeneização da linguagem, dos métodos diagnósticos, era possível pensar esses diferentes espaços pra se tratar das questões da Medicina Mental como espaços normativos. Tanto clínicas, asilos, hospitais, consultórios, etc. passam a ser espaços onde a norma passa ser procurada para que se busque uma sociedade produtiva e obediente. O Manual cita que um dos objetivos do DSM-II (APA, 1968, p. viii) seria o de fornecer aos psiquiatras dos EEUU "[...] uma nomenclatura utilizável em hospitais psiquiátricos, clínicas psiquiátricas e consultórios", que são espaços normativos.

Ao seguir na descrição do DSM-II (APA, 1968), assim como seu antecessor, descreve-se o método pelo qual se definiram as nomenclaturas e as descrições dos diagnósticos, seguindo o padrão de enviar questionários e, a partir deles, assinalar alterações e revisões, dos diversos segmentos da psiquiatria e da medicina de maneira geral. Como dito no capítulo anterior, a produção de verdade não é estanque nem finita por conta das relações de força e poderes que ali se exercem até que se produza uma materialidade que simboliza a verdade daquele momento, naquele lugar. Dado esse processo é que foi possível que houvesse mudanças e acréscimos de diagnósticos nessa segunda edição do DSM.

Na segunda parte da introdução, “o pano de fundo histórico do CID-8”, assinado pelo chefe do departamento biométrico do Instituto Nacional de Saúde Mental do EEUU no DSM-II (APA, 1968), vai sendo apontado o processo de primeira aproximação com o CID-6 em relação ao Manual anteriormente lançado (DSM-I). Ainda é válido relatar que durante a vigência do CID-7 não houve modificações na seção de transtornos mentais. A OMS esteve atenta a esse fato e começou um processo de aproximação com a APA para que essa reorganização da seção de transtornos mentais pudesse ser feita. E durante essa segunda parte da introdução, há o detalhamento desse processo, que passou a ser discutido com outros países, incluindo a URSS, até chegar a um acordo de nomenclaturas do CID e do DSM.

Por fim, a seção 1 que traz “o uso desse manual: instruções especiais” aparece indicando principalmente como se preenchem dados para fins epidemiológicos e questões a diagnósticos múltiplos. Somente após essas especificações é que se encontra objetivamente a descrição dos diagnósticos presentes na Seção 2. A epidemiologia e a estatística, cada uma com suas especificidades, tem como seu foco o próprio Estado, mas não só ele. Sendo assim, tratam-se de ciências que ajudam no governamento de populações, gerais e específicas. É a partir dela que se faz, por exemplo, cálculos de custos de internação, de pagamento, de tempo de tratamento, etc.; no âmbito público estatal, trata-se de dinheiro público, no âmbito empresarial privado, de lucros. A estatística e a epidemiologia, embora não sejam o foco – e por isso citadas de modo superficial -, são relevantes e por isso, apontadas, pois a:

> [...] estatística [e a epidemiologia][28] descobre e mostra, pouco a pouco, que a população tem suas regularidades próprias: seu número de mortes, seu número de doenças, suas regularidades de acidentes. A estatística mostra igualmente que a população comporta efeitos próprios à sua agregação, e que esses fenômenos são irredutíveis àqueles da família: serão as grandes epidemias, as expansões endêmicas, a espiral do trabalho e da riqueza. A estatística mostra igualmente que, através desses deslocamentos, através de suas maneiras de fazer, através de sua atividade, a população tem efeitos econômicos específicos. (FOUCAULT, 2012c, p. 292).

Conforme trazem Kyrillos Neto e Santos (2011), a respeito das especificações dos distúrbios/transtornos no DSM-II, os sintomas não eram específicos, tal como no DSM-I; a maioria sendo descrita como resultantes de conflitos subjacentes ou reações inadequadas aos problemas da vida (ansiedade), neurose (depressão com contato com a realidade) e psicose (depressão com não-contato com a realidade). Nessa segunda edição, o DSM começa a ter maior proximidade com o Código de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde ou simplesmente Código Internacional de Doenças (CID)[29] já que a APA teve voz ativa para seção de transtornos mentais desse Código. No

28 Nota minha

29 O CID trata de um número muito maior de doenças, sejam elas clínicas, psicológicas, transmissíveis, etc. A sua classificação das doenças correspondem a letras e números que informam o diagnóstico, através de

prefácio do DSM-II, a APA (1968, p.vii) coloca que é uma edição que "reflete o crescimento do conceito de que todas as pessoas vivem em um único mundo"[30] e reconhece o esforço da Organização Mundial da Saúde (OMS) nessa tentativa de uniformizar as nomenclaturas de doenças/transtornos/agravos.

A hiperatividade, tomando essa escrita tal como se apresenta nos dias atuais, é trazida, primeiramente, como sintoma da Síndrome Cerebral Orgânica Sem Psicose. Trazia especificamente, na sua descrição, tanto o déficit de atenção quanto a hiperatividade como uma das consequências dessa síndrome de cunho orgânico:

> Em crianças, o dano cerebral leve muitas vezes se manifesta por hiperatividade, déficit de atenção, fácil distração e impulsividade. Às vezes a criança é concomitantemente, apática, teimosa e não mostra respostas. Em casos excepcionais, pode haver uma grande dificuldade para iniciar a ação. Essas características muitas vezes contribuem para uma interação negativa entre os pais a criança. Se a deficiência orgânica é o principal fator etiológico e que a criança não é psicótica, o caso deve ser classificado aqui [Síndrome Orgânica Cerebral Sem Psicose]. (APA, 1968, p. 31-32). [31]

Embora seja relevante o fato de haver um transtorno denominado de "Transtorno da Reação Hipercinética na Infância (ou adolescência)[32], e que no próprio DSM-III vai trazer como sendo uma das origens do DDA(H)/TDAH, este não será meu foco na presente análise, pois o que me chama a atenção, especificamente, é o uso da hiperatividade e do déficit de atenção enquanto sintoma, bem como o uso do termo em si e o deslocamento do mesmo, acompanhado (ou não) do déficit de atenção.

Antes e durante a vigência do DSM-I, argumentava-se que "[...] as perturbações psicológicas associavam-se a sinais neurológicos que evidenciavam lesão cerebral estrutural". (STRAUSS; LEHTINEN, 1947 apud MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012, p. 18). Foi nas décadas de 1950 e 1960, já em vésperas do DSM-II, que após a constatação de disfunções motoras e na percepção, e que, a partir, disso era difícil controlar os instintos e impulsos, é que se usa o termo hiperatividade e passa-se, inclusive, a adotar medicamentos do tipo estimulante. Os mesmos medicamentos eram usados para cefaleia e tinha como efeitos melhorias no comportamento e no desempenho escolar.

Outro aspecto orgânico sobre a hiperatividade estava no estudo "[...] sobre o mecanismo neurológico dos sintomas de crianças com o transtorno de impulso hipercinético,

---

grandes agrupamentos. Os transtornos mentais se encontram na letra F, por exemplo. O restante da codificação é por números e se assemelham (principalmente nas suas últimas 3 versões) ao DSM.

30 Tradução minha (DSM II está disponível apenas em inglês e em arquivo pdf).

31 Tradução minha.

32 "Esse Transtorno/Distúrbio é caracterizado pelo excesso de reação, impaciência, distração e déficit de atenção, especialmente em crianças mais jovens; se esse comportamento é causado por um trauma cerebral, deve ser diagnosticado apropriadamente na Síndrome Cerebral Orgânica Sem Psicose". (APA, 1968, p. 50) [descrição do Transtorno/Distúrbio da Reação Hipercinética - tradução minha]

e que a deficiência ocorria na área talâmica, onde haveria pouca filtração dos estímulos levando a um excesso de estímulos conduzidos ao cérebro". (LAUFER et al., 1957, apud MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012, p. 19). Tratava-se de alguma disfunção/malformação/traumatismo que pudesse afetar tal área do cérebro, então, causadora desse mau-comportamento e dessa hiperatividade.

Ainda no mesmo DSM aparece que, dependendo das interações de sintomas, e, comprovadamente, nenhuma lesão cerebral, o diagnóstico para crianças que tivessem essas "características" poderia ser o de Transtornos de Comportamentos da Infância e Adolescência. Nesse sentido, Muszkat, Miranda e Rizzutti (2012), apontam que havia divergências de pensamentos quanto ao diagnóstico. Problematiza-se esse aspecto no que diz respeito aos critérios de diagnósticos, pois, ainda que não houvesse evidências concretas, tais diagnósticos com as características do que se denomina hoje como TDAH, ou era classificado como Síndrome Cerebral Orgânica Sem Psicose ou era considerado dentro dos Transtornos de Comportamentos da Infância e Adolescência.

Conforme os autores trazem ainda, é a partir da década de 1970, que o termo hiperatividade passa a vigorar frente a aquilo que se tratava como sendo aspectos orgânicos do comportamento. Outros termos que passam a vigorar em estudos e grupos de pesquisa, eram: transtornos/distúrbios cognitivos; transtornos/distúrbios de aprendizagem e comportamentais (tais como dislexia e dificuldades de aprendizagem), transtornos/distúrbios de linguagem e hiperatividade. (MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012).

Caliman (2010, p. 50) complementa sobre a ideia do deslocamento a respeito desse transtorno/distúrbio trazendo que aos poucos "[...] a hipótese da existência de uma lesão cerebral precisa, mesmo que mínima, foi substituída pela presença de um déficit neurofisiológico. Quadros mais diversos foram incluídos no transtorno, que passava a ser causado por uma disfunção neurofisiológica branda". Ainda tratava-se de uma questão orgânica, mas já percebe-se um deslocamento, que saía do âmbito lógico-exato das imagens e dos exames, para algo que está no cérebro, porém não necessariamente haveriam exames para constatar trais distúrbios/transtornos.

Essas disfunções, "[...] repercutiam tanto na capacidade de aprendizagem da criança como na expressão comportamental traduzida por pobre controle de impulsos e desajustes nas relações interpessoais e na autorregulação das emoções". (WENDER, 1971 apud MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012, p. 20). Trata-se de uma descrição de um dos aspectos relevantes do que hoje é conhecido como TDAH: a impulsividade. Além disso:

> […] a dificuldade no controle dos impulsos era o traço mais marcante que

> caracterizava estas crianças e não necessariamente a hiperatividade. [Além disso], a testagem relacionada ao controle da vigilância e da atenção prolongada mostrava nítida melhora após o tratamento com estimulantes. Quatro déficits, […], poderiam explicar os sintomas principais: falhas no investimento, organização e manutenção da atenção e do esforço; inibição das respostas impulsivas; modulação dos níveis de excitação cerebral insuficientes para satisfazer às demandas situacionais; e inclinação para buscar reforço e recompensa imediata. (VIRGÍNIA DOUGLAS apud MUSZKAT; MIRANDA; RIZZUTTI, 2012, p. 20).

Caliman (2010) descreve que, desde o início do século XX até o final dos anos 1970, centrava-se numa medicalização das crianças com tais problemas de comportamentos, pois esses eram considerados amorais. Tratava-se pelo comportamento, porém as causas eram procuradas no âmbito biológico das lesões cerebrais. Haviam mais teorias e trabalhos que divergiam sobre o aspecto das construções do TDAH, e, que todos esses discursos estavam e estão em constante disputa.

A autora ainda aponta que no fim da década de 1970 é que se começa a dar mais ênfase ao sintoma de desatenção. Mesmo com alguns avanços nas tecnologias visuais, que possibilitavam pensar que o transtorno tinha algo de orgânico (Síndrome Orgânica Cerebral Sem Psicose), o modo de olhar a doença foi modificado pela psiquiatria. Sendo assim, o transtorno poderia ocorrer sem a visualidade e sem o sintoma da hiperatividade, mas com déficits de atenção ou distração.

Reforçando o que foi dito anteriormente, a respeito da constituição de saberes-poderes, utilizo-me de Hacking (2009), pois o mesmo descreve que as ciências produzem novos saberes a partir da construção de novos fenômenos. Para essa construção/constituição é necessária a teoria que reforce esse saber e o justifique afinal "[...] nós produzimos inspirados pela teoria, mas as teorias precisam ser constantemente remodeladas para combinar com os fenômenos que nós descobrimos" (HACKING, 2009, p. 469).

A constituição e as mudanças das edições do DSM passam por esse processo de produção e registro de determinados fenômenos, que fazem com que os diagnósticos, sinais-sintomas tomem importância. Hacking (1999) traz que todas essas ideias do que é loucura (ou como trago no trabalho, hiperatividade e déficit de atenção), são negociadas e renegociadas, construídas e reconstruídas e desconstruídas constantemente, assim como a própria noção de realidade. Isso também fica marcado nas edições do Manual.

Trata-se, portanto, daquilo que o autor traz como classes interativas que é essa classificação, e como elas se modificam a parti dessa classificação. Novamente, não se trata de um processo que se estabelece e permanece estanque, ao contrário, a partir daquilo que se constituiu, como TDAH, por exemplo, é fruto desse processo. No entanto, o entendimento de TDAH ao longo das edições do DSM e mesmo sua descrição dos sinais-sintomas vai se

modificando (ou desaparecendo, desconstruído, reconstruído, etc.) a partir daquilo que já é.

Cabe observar que não é, somente, um processo linear (embora haja, em alguns momentos, acontecimentos lineares), há também rupturas que não seguem sequência nessas modificações dos entendimentos daquilo que se estabelece como hiperatividade, déficit de atenção, impulsividade, e, mesmo do que foi/é/virá a ser o TDAH. Uma dessas modificações, do DSM II para sua próxima edição, o DSM-III, estava na tentativa de estreitar ainda mais as relações com a OMS, a fim de uniformizar a linguagem da psiquiatria, a nível mundial. Uma das modificações mais significativas está na tentativa de ateorização do DSM.

Entendo ateorização aqui, como a saída, ou a tentativa de uma saída de uma corrente teórica predominante dentro do Manual, ou ainda, uma proposição da APA com sua materialidade. Assim, a ateorização aqui refere-se a essa saída da psicanálise que até então predominou nas descrições e diagnósticos dos DSM-I e DSM-II. Numa aproximação com as outras ciências que se propunham neutras (embora não se tenha neutralidade em pesquisa, e que a verdade é um processo), é que se justifica suposta saída de teorias do DSM. Não significa que não se tenha aspectos dessa teoria e de outras dentro dos DSM seguintes, mas houve uma tentativa, um esforço para que o Manual não estivesse mais vinculado a teoria alguma, seja ela a psicanálise, comportamental, lacaniana, entre tantas outras pelas quais se enxerga as questões dos distúrbios/transtornos mentais, mas que os tratamentos, sim, pudessem seguir todas as linhas, e que se facilitasse os diagnósticos, tornando-os mais objetivos, dentro de sinais-sintomas mais subjetivos

4 O DDA(H) ENQUANTO DIAGNÓSTICO E O DESLOCAMENTO ORGÂNICO-COMPORTAMENTO.

Em 1980 a APA lança a terceira edição do DSM. O padrão estético e o layout da capa mudam assim como a cor, que passa a ser verde em escritos e detalhes amarelos. Além disso, na capa, mais simples, há apenas no cabeçalho o título completo "Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios[33]Mentais"; ao centro em escritos em alguma fonte grande, a abreviatura DSM-III; e no rodapé apenas *American Psychiatric Association*.

Em seguida, na folha de rosto, consta apenas DSM-III impresso em preto e branco, para na página seguinte constar a ficha catalográfica juntamente com os agradecimentos, que seguem a linha do DSM anterior de agradecer aos revisores e a aqueles que ajudaram a resolver os problemas de desenvolvimento do Manual. Após, há uma lista dos comitês de nomenclaturas (agora no plural) das diversas categorias diagnósticas, além de um comitê geral que centraliza as questões da nomenclatura e diagnósticos[34].

Chama a atenção, especificamente, o grupo do comitê responsável pelos "distúrbios da primeira infância, infância e adolescência", composto por treze pessoas, sendo três dessas também integrantes do comitê de nomenclatura geral. A partir desse momento percebe-se um primeiro deslocamento visível: a questão da infância entra de vez para a APA, tendo uma atenção especial nesse Manual, e, inclusive, poderes dentro do grande grupo de nomenclatura e critérios diagnósticos.

No sumário é possível ver a introdução e, após, três capítulos: o primeiro nomeia e traz a numeração dos distúrbios e sua divisão nos dois principais eixos; o segundo fala sobre o uso do Manual, ou seja, o como fazer, de maneira geral os diagnósticos; por fim, o terceiro traz a descrição detalhada de cada um dos transtornos, especificando como chegar naquele diagnóstico específico e os critérios desses diagnósticos. Nos anexos (são seis ao todo) vão se seguindo: primeiro uma "árvore" (ou fluxograma) para diagnósticos diferenciais; o segundo anexo traz um glossário de termos técnicos; o anexo C traz um comparativo entre o DSM II e o DSM-III; o quarto anexo traz a revisão histórica juntamente ao CID-9; o anexo E especifica algumas questões sobre distúrbios de sono e excitação; e, o último anexo, relata os métodos que foram utilizados de forma a torná-lo mais confiável.

No DSM-III se define, pela primeira vez, grandes eixos axiais que subdividem os diagnósticos (APA, 1980) e, até 2013, segue-se tal proposta, com algumas poucas alterações.

---

33 Utilizo-me do termo Distúrbio, pois este também é utilizado no DSM-III-R (APA, 1989).

34 Por exemplo, há um subcomitê dos distúrbios mentais orgânicos; outro como distúrbio por uso de substâncias, etc.

É possível, através desses eixos multiaxiais[35], que se tenham vários diagnósticos em um só. Ao todo, propunha-se em torno de 250 diagnósticos, os quais poderiam ser múltiplos entre seus eixos. Já no prefácio dessa edição explicam-se os motivos pelos quais ele foi tão noticiado:

> Durante a última década houve um crescente reconhecimento da importância do diagnóstico tanto para a prática clínica e quanto da investigação. (…); Desde o seu início, rascunhos do DSM-III foram amplamente divulgadas para a revisão crítica e uso por médicos e investigadores. (…); Interesse no desenvolvimento deste manual é devido à consciência de que o DSM-III reflete um maior compromisso em relação a nossa base de dado para a compreensão de distúrbios mentais. (APA, 1980, p. 1).[36]

Com essa mudança dos eixos e um diálogo mais próximo com o CID (que também muda sua versão ao longo dos anos), o DSM III precisou e passou a especificar como diagnosticar, bem como descrever mais detalhadamente cada doença, entre outros aspectos. Com isso, foi dado um grande salto em termos de tamanho do Manual, que passou a ter aproximadamente 500 páginas. Conforme Kyrillos Neto e Santos (2011, p. 157-158), no DSM III:

> Um dos objetivos foi o de melhorar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico [com uma nomenclatura coerente ao do CID][37]. Havia também a necessidade de padronizar as práticas de diagnóstico nos Estados Unidos e em outros países […]. O estabelecimento desses critérios também foi uma tentativa de facilitar o processo de regulamentação farmacêutica. […] A força tarefa [algo como grupo que coordenava a APA e a condução do DSM][38], decidiu que cada uma das desordens mentais passaria a ser concebida como uma síndrome clinicamente significativa, comportamental ou psicológica.

Um dos efeitos desse processo passou a ser o da disseminação do vocabulário psiquiátrico. Aguiar (2003) aponta que esse processo foi reforçado após o lançamento do medicamento antidepressivo Prozac, na segunda metade da década de 1980. O Prozac, neste caso, acaba sendo um "marcador" de todo o processo que teve como efeito essa ebulição da linguagem psiquiátrica na população e da medicalização da vida. O autor ainda traz que embora os medicamentos psiquiátricos já estivessem em uso desde a década de 1950, é na década de 1980 que ela passa a ter maior relevância. Essa maior relevância é efeito das disputas teóricas, de discursos e de vontades de verdade que há nas relações de poderes na psiquiatria, tanto dos EEUU quanto da OMS.

---

35 Cada Eixo Axial correspondia e corresponde ainda hoje uma espécie de grande categorização de doenças do mesmo "grupo/tipo". No DSM III os cinco eixos axiais eram: Eixo I – Síndromes clínicas: Condições não-atribuídas a transtornos mentais que são o foco de atenção no tratamento; Eixo II – Transtornos de Personalidade; Eixo III – Transtornos ou condições físicas: (recorria-se ao CID, tanto que no Manual não há indicações de como se fazer diagnósticos nesse eixo via DSM); Eixo IV – Gravidade dos Estressores Psicossociais; Eixo V – Maior Nível Adaptativo no Último Ano;

36 Tradução minha

37 Nota minha.

38 Nota minha.

Moreira (2010, p. 13-14) contextualiza essa mudança aqui no Brasil, e de como a mídia trazia de forma sensacionalista tais mudanças:

> As mudanças operadas no DSM-III foram lançadas no Brasil como um anúncio de novidade científica: "O Fim da neurose. O Fim da Psicose"; e atingiram não somente as categorias da neurose e da psicose, mas também a psicopatia. Naquele contexto, o anúncio demarcava, com autoridade 'científica', os transtornos mentais como território da gestão psiquiátrica. Disciplinas como a psicologia e a própria psicanálise foram excluídas da propedêutica e do tratamento dos problemas psíquicos, que definitivamente foram transformados em "doenças" sob a denominação de transtornos subordinados a condições médicas gerais. Tratava-se de um anúncio que deixava a impressão de que, finalmente, a psiquiatria recobrira a verdade sobre as doenças mentais, não havendo mais nada que outra disciplina pudesse acrescentar sobre o assunto.

Isso complementa a ideia anteriormente apontada sobre a mudança teórica dentro do Manual. Tornar o DSM ateórico, significava torná-lo mais cientificista, mais próximo de uma ciência mais exata (quando assinalava um número de critérios para que se possa diagnosticar algo), ao passo que também tornava os diagnósticos mais subjetivos (no sentido de critérios) e múltiplos. "Para a maioria dos distúrbios do DSM-III [...] a etiologia é desconhecida. Uma variedade de teorias baseada em evidência tem avançado – nem sempre convincentes – para explicar como esses transtornos surgem". (APA, 1980, p. 6-7).

É neste DSM-III (APA, 1980, p. 6) que aparece uma definição específica do que seria um distúrbio mental. Tratava-se de:

> […] uma síndrome ou um padrão psicológico ou comportamental, clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que é tipicamente associado com qualquer um sintoma de mal-estar (angústia), ou prejuízo em uma ou mais áreas importantes de funcionamento (comprometimento [de alguma área de funcional da vida][39]). Além disso, afirma-se que existe uma disfunção comportamental, psicológica, ou biológica, de que essa perturbação não se dá apenas na relação entre o indivíduo e a sociedade. (Quando o distúrbio é limitado a um ou mais conflitos entre um indivíduo e a sociedade, estes podem representar um desvio social, que pode ou não ser contido, mas não são por si só um transtorno mental).[40]

Percebe-se aqui a produção de verdade sobre o que é distúrbio mental. Não se pretende interpretar esse conceito, tentar "desvelar" algo que há por trás. Trago aqui a descrição do conceito ainda que tenha o olhar de meu tempo sobre o conceito. Foucault (2014, p.8), aponta que mesmo a história enquanto disciplina:

> […] mudou sua posição a cerca do documento: ela considera sua tarefa primordial não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela [a história] o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações.

Outro ponto relevante é em relação ao critério diagnóstico. No DSM III (APA, 1980),

---

39 Acréscimo de minha autoria, pois constava apenas a palavra *disability* que significa comprometimento ou perda, e, neste contexto, necessitava complemento.

40 Tradução minha.

é apontado que nas edições anteriores os critérios diagnósticos eram mais definidos pelo psiquiatra em si, por conta de sua condução por um viés mais voltado para psicanálise. Contrapondo isso, o DSM III traz critérios mais específicos e guias de como chegar a esses diagnósticos baseados na avaliação clínica.

Ao tratar disso, também cabe pontuar a divisão por eixos axiais, na qual os eixos I e II dariam conta dos aspectos psíquicos e os outros três eixos (III, IV e V) seriam complementares. Em especial os eixos IV e V "[...] são usados especialmente para pesquisas clinicas ou de ferramentas que deem informações adicionais para os diagnósticos oficiais do DSM-III [...]". (APA, 1980, p. 8).[41] O eixo III traz outras doenças do âmbito físico, cuja própria APA critica como sendo algo dicotômico e incompleto separar questões biológicas das psíquicas.

Outro aspecto relevante ao tratar-se do DSM-III (APA, 1980), é que o mesmo traz além de todo aspecto de diagnósticos, e descrições dos distúrbios, um planejamento para o tratamento dos mesmos. Embora no próprio Manual se explicite que nem todas as etiologias são conhecidas, já se aponta caminhos por onde o tratamento deve ser conduzido. Leva-se em conta, ainda, o tipo de diagnóstico para determinados tratamentos, ou seja, aqueles com diagnóstico principal no eixo I, teriam tratamento diferenciado dos que tivessem algum diagnóstico principal dentro do eixo II.

No DSM-III (APA, 1980), o DDA(H)[42] encontrava-se no Eixo I, dentro dos Distúrbios Geralmente Diagnosticados Pela Primeira vez na Infância ou Adolescência. Na descrição geral desses distúrbios aponta-se o fato de não haver uma delimitação fixa sobre o que é infância e adolescência, ou sobre adolescência e jovem adulto. Dessa maneira, alguns distúrbios seriam diagnosticados tardiamente.

Ao descrever o DDA (como diagnóstico geral), neste Manual (APA, 1980), conta-se brevemente a partir de qual conglomerado de diagnósticos no DSM-II, além de outros Manuais complementares, ele foi condensado. Estão presentes nessa lista os diagnósticos de: Síndrome da Reação Hipercinética da Infância; Síndrome Hipercinética; Lesão Cerebral Mínima; e Disfunção Cerebral Mínima. Além disso, o DDA é trazido da seguinte forma:

> Neste Manual, o Déficit de Atenção é o nome dado a esse distúrbio, uma vez que as dificuldades de atenção são proeminentes e praticamente sempre presente entre as crianças com esses diagnósticos. Além disso, embora o excesso de atividade motora diminua frequentemente na adolescência, nas crianças que têm a doença, as dificuldades de atenção, muitas vezes, persistem. (APA, 1980, p. 41).

41 Tradução minha.

42 Utilizo-me do parêntesis com o H de Hiperatividade, pois toda a descrição do que seria o DDA, se dá a partir da especificação de Distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

É comum que se traga a Síndrome da Reação Hipercinética como o principal diagnóstico como originário do DDA/DDAH/TDAH. No entanto trago a Síndrome Cerebral Orgânica Sem Psicose, pelo fato das mesmas trazerem os termos "hiperatividade" e "déficit de atenção" na sua descrição. Trata-se de uma escolha a partir dos termos em si e como ele se referencia à infância, conforme descrito da nota 32. Nos outros diagnósticos como Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Mínima, os termos citados não aparecem.

Conforme consta no DSM-III (APA, 1980), havia dois tipos ativos de DDA: DDA com Hiperatividade; e o DDA sem Hiperatividade. O tipo residual, só é diagnosticado na idade adulta, por isso não conta como diagnóstico ativo neste Manual. Porém é válido destacar o fato de a Hiperatividade não estar mais presente quando se diagnostica DDA Residual. Em contradição a isso, só há DDA do tipo residual se o DDA foi com Hiperatividade.

O DDA(H)[43], no Manual (APA, 1980) é descrito como um distúrbio que apresentava sinais de desatenção em situações inapropriadas, impulsividade e hiperatividade. Por se tratar de um distúrbio da infância, descrevem-se características dentro do contexto escolar, como dificuldade de ficar no lugar, aparentar não ouvir o que os adultos dizem, entre algumas outras características. Merece atenção também, características de comportamentos em casa, como a inabilidade de se manter em uma única atividade e apresentar falhas ao cumprir tarefas que os pais lhe colocam. Como a Hiperatividade é um traço específico desse diagnóstico de DDA, essa é descrita como:

> […] manifestada pela atividade motora grosseira, como excesso de corrida ou escalada[44]. A criança seguidamente é descrita como "com motor ligado" e tem dificuldades de permanecer sentada. Crianças mais velhas podem ser extremamente agitadas e inquietas. Seguidamente é a qualidade do comportamento motor que distingue esse distúrbio dos excessos de atividades comuns, pois a hiperatividade costuma a ser descuidada, pouco organizada e não-dirigida. <u>Em situações em que é exigido maiores níveis de atividade motora e apropriadas, como em uma praça, a hiperatividade pode não ser tão óbvia</u>[45]. (APA, 1980, p. 41-42).

No trecho acima sublinhado, pode-se entender que onde não se espera um comportamento normatizado da criança, ainda que esteja com diagnóstico de que está "fora da norma", acaba passando despercebida. É num contexto em que se espera comportamentos comedidos – tais como escola e família – que acaba por ser percebida a criança com TDAH (ou outro diagnóstico da infância).

Caliman (2010) problematiza a produção da verdade sobre o diagnóstico por ela ser fruto de uma reunião de várias outras patologias. Complementa ainda afirmando que "a história oficial do diagnóstico do TDAH é constituída por outros diagnósticos psiquiátricos

43 Distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade.
44 Escalada aqui entendido como ato de subir em coisas.
45 Grifo meu.

problemáticos e duvidosos, situados na fronteira obscura entre as desordens nervosas definidas e indefinidas, entre as disfunções da vida normal e patológica". (CALIMAN, 2010, p. 50). Isso é trazido como diagnóstico guarda-chuva.

Ainda no DSM-III (APA, 1980) é válido destacar a seção de Sintomas Associados, que podem variar com a idade, como negativismo, baixa tolerância à frustração, pouca responsabilidade, teimosia, *bullying*[46], entre outros. No que tange às questões neurológicas, o Manual assinala que, através do Eletroencefalograma (EEG), anormalidades cerebrais podem estar presentes em quem tem DDA(H), muito embora isso ocorra em 5% dos casos.

Outras informações acerca do DDA(H) se referem à idade em que é possível diagnosticar esse transtorno. Segundo consta no Manual (APA, 1980, p.42), aos três anos já é possível detectar os sinais-sintomas, porém "[...] frequentemente esse distúrbio não recebe atendimento profissional até a criança frequentar a escola".

Alguns fatores que dizem respeito a uma predisposição a desenvolver o DDA(H) são: Retardo Mental Leve ou Moderado; epilepsia, algumas paralisias cerebrais, além de outros fatores neurológicos que podem estar predispondo a criança a desenvolver o DDA(H). A organicidade do DDA(H) perde um pouco do espaço, partindo para algo mais comportamental, porém ela não é deixada de lado em definitivo. Percebe-se, assim, uma disputa pela vontade de verdade sobre as "causas" ou como se constrói/desenvolve o DDA(H).

No que diz respeito à prevalência, nessa edição estava em 3% nos pré-adolescentes dos EEUU (APA, 1980), sendo mais comum em meninos do que em meninas. Os diagnósticos diferenciados, principalmente de DDA(H), trazem aspectos como o excesso de atividades, porém organizadas e controladas, e aquisição de habilidades que requeiram maior atividade motora. Diagnósticos diferenciais, aqui, para que escape o mínimo possível dessa malha, dessa normalização. Foucault (2001) coloca que o estabelecimento da disciplina se dá a partir da racionalização, estabelecendo o que é certo e errado, normal e anormal.

A normalização entendida como esse processo de aproximação do que é considerado normal. No processo de inclusão os diagnosticados com DDA(H) isso se dá a partir da medicação do indivíduo. Sendo assim, não se exclui, porém se tenta trazer para o mais próximo do que se estabeleceu como comportamentos normais.

Sobre os critérios diagnósticos do DDA(H) há uma explicação que há uma diferenciação dos sinais visíveis ao longo das idades das crianças e adolescentes. Há ainda, um detalhamento sobre quem deve informar aos profissionais os sinais-sintomas: pais e

46 Não se especifica se a criança sofre ou comete o *bullying*.

professores, pois os mesmos "[...] podem variar e não serem detectados pelo médico" (APA, 1980, p. 43). Além disso, os sinais-sintomas devem estar presentes há pelo menos seis meses e serem percebidos antes dos sete anos de idade na criança. Os critérios diagnósticos parar DDA(H) são:

A. Desatenção. Ao menos três sinais-sintomas que seguem abaixo:

- seguidamente falha em terminar o que começou;
- se distrai facilmente;
- tem dificuldades em se concentrar em trabalhos escolares ou outras atividades que requeiram atenção;
- tem dificuldade em se manter em uma atividade;

B. Impulsividade. Ao menos três dos sinais-sintomas abaixo:

- seguidamente age antes de pensar;
- muda excessivamente de uma atividade para a outra;
- tem dificuldades na organização de trabalho (que não seja devido a comprometimento cognitivo)
- precisa de constante supervisão;
- frequentemente fala alto nas aulas;
- tem dificuldades em esperar sua vez em situações de grupo

C. Hiperatividade. Ao menos dois desses sinais-sintomas abaixo:

- corre ou sobre em coisas constantemente;
- dificuldades em permanecer sentado ou excesso de inquietação;
- tem dificuldades de ficar sentado;
- se move excessivamente durante o sono;
- está sempre "na ativa" ou age como se estivesse "com o motor ligado"

Apesar do diagnóstico principal ser apenas DDA sem a ênfase na hiperatividade, é válido constar que no diagnóstico específico de DDA sem Hiperatividade consta apenas a descrição de que:

> Todos os aspectos são iguais aos do Déficit de Atenção com Hiperatividade, exceto pela ausência da hiperatividade; as características associadas e as diferenciais são geralmente mais leves. A prevalência e padrão familiar são desconhecidos. (APA, 1980, p. 44).

Consta na descrição do distúrbio que ele poderia ser com Hiperatividade como sub-

diagnóstico. Belli (2008, p.19) aponta que no DSM III a "dificuldade de se concentrar e manter a atenção era o ponto central desse transtorno". Conforme anunciado anteriormente, é a partir do DSM-III que a APA começa a fazer revisões de seus Manuais. Trazendo maiores descrições e detalhamentos dos transtornos.

4.1 DSM-III-R: O DDAH a hiperatividade como foco do distúrbio e problema para os outros

O DSM-III, além de todas as diferenciações frente às edições anteriores, é o primeiro a passar por uma revisão. Esteticamente, o livro encontra-se na cor vermelha com os escritos em branco e preto, e ao centro o fundo é cinza. Na versão americana, o DSM-III-R apresenta-se na cor azul, com escritos em amarelo e layout semelhante ao DSM-III. Trata-se do primeiro em português com grande circulação no Brasil. No rodapé da área em cinza está destacado um quadrado com bordas pretas, escritos também em preto "Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais" (terceira edição – revista). Ao centro, outro quadrado em destaque trazendo "DSM-III-R" e, logo abaixo, sem destaques "American Psichiatric Association", em caixa alta no rodapé da área cinza, o símbolo e nome da editora que publicou a versão em português desse Manual.

Na folha de rosto apenas o título no cabeçalho "Manual diagnóstico... (terceira edição – revista)", abaixo impresso com fonte maior, escrito "DSM-III-R". A folha seguinte conta com os dados catalográficos apenas, sem mais a divisão de espaço com agradecimentos. A seguir outra folha impressa com imitação da capa, com layout do DSM-III. Uma folha contendo os tradutores e instituições que traduziram o Manual. Na página seguinte, então, os agradecimentos aos revisores, para, em seguida, chegar ao sumário.

No sumário temos a Introdução dividida em seis subtítulos: o impacto do DSM-III-R; O Background Histórico dos DSM; O processo de revisão do DSM-III; Características Básicas do DSM III-R; Precauções no Uso do DSM-III-R; e O Futuro. Antes de adentrar nos três capítulos, há uma seção denominada Advertência. Na sequência do sumário, temos os capítulos intitulados:

- <u>Classificação do DSM-III-R:</u> Categorias e códigos dos eixos I e II; Há três divisões desses capítulos, denominadas: Escala de gravidade dos estressores psicossociais: adultos; o mesmo subtítulo, mas específico para crianças; e Avaliação Global do Funcionamento (AGF);
- <u>O uso deste Manual</u>; há 5 subtítulos nesse capítulo: Avaliação multiaxial; Eixos I e II;

Tipos de Informação no texto; Explanação de termos e frases comumente usados; e a especificação da gravidade atual do distúrbio;

- As categorias diagnósticas: texto e critérios; aqui há vários subtítulos que não cabe enunciar todos, somando em torno de 15 subtítulos, os quais, por sua vez, são subdivididos em outros tópicos, que especificam a descrição dos critérios diagnósticos.

Além disso, há oito anexos que nos trazem um foco mais epidemiológico e complementar aos diagnósticos. No anexo A, intitulado "Categorias Diagnósticas Propostas, Necessitando Estudos Adicionais", há três subtítulos que especificam os transtornos que precisariam de estudos adicionais; no segundo anexo, há a árvore para diagnósticos diferenciais com cinco subitens; o anexo C traz o "Glossário de Termos Técnicos"; o anexo seguinte apresenta a "Listagem Comparativa Comentada da Classificação DSM-III e DSM-III-R" com dois subitens; o anexo E nos mostra a "Revisão histórica, glossário e classificação do CID-9 e Classificação do CID-9" com 15 subitens abordando apenas os aspectos voltados para os distúrbios mentais; no anexo F traz "Os participantes do teste de campo do DSM-III-R" com três subitens de testes específicos, merecendo atenção o "Teste de campo dos critérios diagnósticos para os distúrbios de comportamento diruptivos"; Em seguida há uma "Listagem Alfabética de diagnósticos e códigos do DSM-III-R"; e, por fim, no anexo H, uma "Listagem numérica de diagnósticos e códigos do DSM-III-R". Após os anexos, aparecem os índices de sintomas e de diagnósticos, cada qual com sua seção.

Nas sete páginas seguintes, apresenta-se os comitês de categorias (antes o termo utilizado era *nomenclatura*) diagnósticas. É valido registrar que nesse DSM há quatro membros do subcomitê dos "Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na infância ou adolescência" que também estão no Grupo de Trabalho de Revisão do DSM-III-R. Dentro do subcomitê dos "Distúrbios que habitualmente..." há outras subdivisões; especificamente três: o subcomitê sobre retardamento Mental; o subcomitê sobre distúrbios globais do desenvolvimento; e o subcomitê sobre distúrbios reativos de vinculação na infância. Aponto para tais diagnósticos porque estão mais próximos do objeto específico do DDAH.

Na Introdução, explica-se como a revisão foi um processo que emergiu a partir de "[...] estudos [que] pareciam inconsistentes com alguns critérios de diagnóstico. […] Consequentemente, todos os critérios de diagnóstico, e as descrições sistemáticas de vários distúrbios, precisaram ser examinados […] e, revistos, quando necessário". (APA, 1989, p. xvii). Isso também fez parte do processo de aproximação com a produção do CID. Outro fator

que contribuiu bastante para essa revisão foi justamente o impacto do DSM-III, pois ele tomou proporções internacionais, tendo sido traduzido em diversos idiomas.

Segundo consta no DSM-III-R (APA, 1989), no período anterior à revisão, os principais tratados de psiquiatria já faziam diversas referências ao DSM-III. Além disso, confirmava-se a aproximação com o CID, pois "muitos dos aspectos básicos do DSM-III, tais como a adoção de critérios especificados de diagnóstico foram incluídos no capítulo de distúrbios mentais do CID-10". (APA, 1989, p. xviii). Outro aspecto relevante na escrita da introdução, refere-se à quantidade de artigos publicados que chegava aos dois mil, sobre diferentes aspectos do uso do DSM-III; seja para o estudo dos critérios diagnósticos; seja a validade dos distúrbios definidos.

Ao longo da Introdução do DSM-III-R explicita-se como o processo de revisão foi sendo feito. A partir da criação de Conselhos Consultivos, foram traçadas dez metas para a publicação dessa revisão, dentre as quais destaco a 2 e a 7, sendo, respectivamente: "confiabilidade nas categorias diagnósticas"; e "tentativa de atingir um consenso no significado de termos diagnósticos que tenham uso inconsistente e impedimento de termos sem utilidade". (APA, 1989, p. xx).

Para atingir tais metas os conselhos consultivos responderam oito perguntas quanto aos diagnósticos, das quais cabem destacar as perguntas 1 e 2: "será que a proposta foi sustentada por dados de investigações empíricas?"; e "será que houve consenso entre os especialistas de que a revisão poderia aumentar significativamente a utilidade (validade) da categoria para tratamento e decisões administrativas?". (APA, 1989, p. xxi).

Todo esse caminho da revisão do DSM-III teve efeitos no conceito de distúrbio mental do DSM-III-R (APA, 1989) que passou a ser compreendido:

> como uma síndrome ou um padrão, comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que ocorre numa pessoa e, que está associado com a presença de mal-estar (um sintoma doloroso) ou incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um significativo aumento do risco de sofrer morte, dor, incapacidade ou importante perda da liberdade. Além do mais, esta síndrome ou padrão, não deve ser meramente uma resposta esperável para um evento particular, por exemplo, a morte de um ser amado. Qualquer que seja a sua causa original, ele deve ser geralmente considerado como manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica da pessoa. Nenhum comportamento desviante, isto é, político, religioso ou sexual nem conflitos que estão primitivamente entre o indivíduo e a sociedade são distúrbios mentais, a não ser que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção da pessoa, como descrito acima. (APA, 1989, p. xiii).

Apesar dessa definição, procura-se deixá-la em aberto, pois "não se assume que cada distúrbio mental seja uma entidade discreta com limites nítidos (descontinuidades) entre ele e outros distúrbios ou entre ele e a ausência de distúrbio mental". (APA, 1989, p. xxiii). Isso

abre possibilidades para os já perceptíveis aumentos no número de diagnósticos e critérios dos mesmos. Novamente percebe-se aqui a relação com a construção de verdade. Passa a ser pertinente deixar "sem limites nítidos". Almeida (2006) reforça o conceito de "individuo a ser corrigido", trazido nas obras de Foucault. O autor aponta que o indivíduo a ser corrigido "[...] é um fenômeno normal, ele é espontaneamente incorrigível, o que demanda a criação de tecnologias para a reeducação, uma forma de 'sobrecorreção' que lhe permita a vida em sociedade". (ALMEIDA, 2006, p. 363). Ou seja, todos e qualquer um podem ser indivíduos a serem corrigidos num dado momento e que necessitem de tecnologias que permitam a vida em sociedade.

Reforçava-se o caráter ateórico no DSM-III-R (APA, 1989), pois em todos os distúrbios, quem estivesse à frente do tratamento poderia usar todas as teorias para a melhoria de seu paciente. O contrário disso poderia prejudicar o tratamento por profissionais de linhas diversas, ainda que, por exemplo, dois clínicos ou pesquisadores tivessem visões muito diferentes sobre como determinado distúrbio se caracterizaria. Isso também permitiria uma universalização dos diagnósticos tomando cada teoria dentro da psiquiatria (e das outras áreas "psi") como norteadora de um determinado diagnóstico.

Além disso, é valido lembrar o caráter descritivo do DSM-III-R "na medida em que as definições dos distúrbios são geralmente limitadas às descrições de suas características clínicas". (APA, 1989, p. xxiv). Porém, para alguns distúrbios (e no Manual está especificando os distúrbios de personalidade), é necessária uma maior interferência por parte de quem está com o paciente/usuário, para descrever para além dos sinais-sintomas, o que é observável no mesmo. Afinal, nem todos os distúrbios teriam uma etiologia ou processo fisiopatológico especificado, ou seja, precisariam ser colocados numa categoria em comum a posteriori. Bujes (2003, p.5), reforça que

> Por essa razão, podemos dizer que não usamos a linguagem apenas para descrever e interpretar o mundo; as linguagens que utilizamos estão profundamente implicadas na instituição de práticas e na constituição de identidades sociais. É bem por isso que o regime de visibilidade […] é (e está) associado à proliferação dos discursos, à intensificação da produção de narrativas sobre este novo objeto, fazendo com que os fenômenos relacionados […] passem a ser descritos, ordenados, medidos, calculados, categorizados [tomando os objetos e as populações específicas][47] alvos de determinadas instituições e foco de tecnologias de poder.

Utilizo-me de Hacking (1999), para tratar das categorizações aqui, pois elas, ao mesmo tempo que descrevem, determinam certos modos de ser e agir. A partir do DSM-III, percebe-se essa categorização melhor elaborada abarcando idade, grupos específicos de distúrbios. O autor ainda coloca que essa descrição muda conforme determinadas

47 Nota minha.

interpretações e negociações. Por mais que se pense no Manual enquanto a materialidade discursiva que colabora no processo de normalização dos sujeitos, há especificidades (e o Manual deixa essa abertura) que serão interpretadas de modos diferentes dependendo de uma cultura mais específica.

É válido observar que no DSM-III-R (APA, 1989), ainda percebe-se em sua Introdução uma aproximação muito grande com as questões orgânicas como causadora dos distúrbios, ou se não, integrada aos sintomas e diagnósticos. Um exemplo trazido é que o Distúrbio Orgânico de Ansiedade precede o Distúrbio de Pânico. No Distúrbio de Déficit de Atenção Por Hiperatividade (DDAH), isso também se apresenta, embora como algo complementar ao diagnóstico.

Por outro lado, há também uma ruptura na maneira de se diagnosticar e descrever os distúrbios. Ruptura entendida a partir de Foucault (2014), que traz que mais que um deslocamento, a rutura é o apagamento de uma forma de verdade (ou da produção da mesma). Não há linearidade nessa produção, embora haja processo; uma formação discursiva/produção de verdade e materialização desses processos são subitamente substituídos. Embora o autor traga uma reflexão específica sobre as rupturas da formação discursiva, trago-a para meu trabalho pois me parece semelhante esse processo do DSM-II para o DSM-III pois:

> Dizer que uma formação discursiva substitui outra não é dizer que todo um mundo de objetos, enunciações, conceitos, escolhas teóricas absolutamente novas surge já armado e organizado em um texto que o situaria de uma vez por todas; mas sim que aconteceu uma transformação geral de relações que, entretanto, não altera forçosamente todos os elementos; que os enunciados obedecem a novas regras de formação e não que todos os objetos ou conceitos, todas as enunciações ou todas as escolhas teóricas desaparecem. Ao contrário, a partir dessas novas regras, podem ser descritos e analisados fenômenos de continuidade, de retorno e de repetição: não se deve esquecer, na verdade, que uma regra de formação não é nem a determinação de um objeto, nem a caracterização de um tipo de enunciação; nem a forma ou o conteúdo de um conceito, mas o princípio de sua multiplicidade e de sua dispersão. Um desses elementos ou vários podem permanecer idênticos (conservar o mesmo recorte, os mesmos caracteres, as mesmas estruturas), mas pertencendo a sistemas diferentes de dispersão e obedecendo a leis distintas de formação. (FOUCAULT, 2014, p. 210).

Trazendo para o contexto do DSM-III, é possível entender que, ainda que se tenha uma ruptura, ou uma proposta de ateorização, há regras, há formas de se diagnosticar obedecendo a critérios. Retomo o que disse no final do capítulo anterior, em que essa ateorização é uma tentativa de uma neutralidade típica das ciências que obedeceram um caráter mais positivista. Sendo assim, ela traz elementos teóricos, ainda que afirme o contrário

Ao analisar a descrição do agora Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade (DDAH), percebem-se alterações: a começar pela subdivisão feita nos Distúrbios Geralmente Diagnosticados na Infância ou Adolescência, onde o DDAH se encontra no subgrupo dos

Distúrbios do Comportamento Diruptivos. Conforme o manual, esses são caracterizados por:

> … comportamento social diruptivo e é, frequentemente, mais penoso para os outros do que para as pessoas com os distúrbios. A subclasse inclui o Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade, Distúrbio Oposicional Desafiante e o Distúrbio de Conduta. Os estudos indicaram que tanto em amostrar clínicas como as de comunidade, os sintomas desses distúrbios têm covariança elevada. Os comportamentos que estes distúrbios abrangem têm sido referidos na literatura como sintomas de "externalização". (APA, 1989, p. 54).

Há apenas o diagnóstico ativo de DDAH nessa revisão (o residual é apenas diagnosticado na idade adulta, por isso, para o presente estudo, não apresenta relevância). As descrições estão semelhantes ao DDAH do DSM-III, havendo apenas acréscimos e detalhamentos. Desses detalhamentos merece destaque o acréscimo de comportamentos com "iguais" (sic), ou seja, com outras crianças; a desatenção é descrita, agora, como evidente e que há uma dificuldade em estar de acordo com as regras propostas de jogo. Já no que diz respeito à impulsividade, há o de atitudes que denotem fracasso em esperar sua vez e de se colocar em situação de perigo. Por fim, a hiperatividade é demonstrada principalmente pela "[...] incapacidade de brincar silenciosamente e de regular suas atividades de acordo com a regra do jogo". (APA, 1989. p. 55).

Outro ponto que chama a atenção é no que diz respeito às características associadas. Primeiramente, o fato de o rendimento escolar ser considerado baixo. Sommer (2007, p. 60), complementa essa questão do baixo rendimento escolar, afinal "a escola não é definida como um lugar de ensinar, é um lugar de aprender a comportar-se (regras de convivência, socialização)". As duas ideias (tanto do Manual quanto de Sommer), estão próximas, sendo possível pensar que a desatenção, a hiperatividade, ou ainda, a impulsividade atrapalham a concentração e o aprendizado.

É válido destacar também o fato de "na amostragem clínica, alguns ou todos os sintomas do Distúrbio Oposicional Desafiante, do Distúrbio de Conduta e dos Distúrbios Específicos do Desenvolvimento estão frequentemente presentes". (APA, 1989, p. 56). É possível que o diagnóstico possa variar de um psiquiatra para outro, ou ainda, um possível acúmulo de diagnósticos. Além disso, é válido apontar que nessa revisão, acrescenta-se o fato de poder haver Encoprese e Enurese Funcional presentes na criança, assim como o Distúrbio de Tourette.

Novamente merece destaque, o que tange às questões orgânicas, visto que se assinala que podem estar presentes "[...] sinais neurológicos 'leves' não localizados e disfunções perceptivo-motoras". (APA, 1989, p. 56). Caliman (2006) reforça esse fato de haver ainda sinais orgânicos ou biológicos, pois estava em disputa o tipo de discurso sobre o TDAH, pois

"[...] um espaço cada vez mais importante foi reservado às pesquisas que envolviam a neuro-imagem do TDAH". (CALIMAN, 2006, p. 83). Tanto tomografias quanto EEG tentavam desvendar questões a cerca do cérebro que dessem conta do diagnóstico.

Outra mudança que chama atenção, diz respeito à nova idade inicial de diagnóstico do DDAH (APA, 1989), passando a ser aos quatro anos de idade e não mais aos três como no DSM-III. O que não mudou foi o fato da possibilidade de diagnosticar estar mais vinculado à escola, onde ficariam visíveis os comprometimentos em termos de rendimento, assim como complicações no que se refere às relações.

Aborda-se novamente o aspecto orgânico no DDAH, ressaltando-se os fatores predisponentes, tais como anormalidades no SNC, e apontando presença de neurotoxinas, paralisia cerebral, epilepsia, entre outros distúrbios neurológicos (APA, 1989). Embora haja um deslocamento do orgânico para o comportamento, em relação aos critérios do diagnóstico, se evidencia uma presença forte de questões orgânicas que contribuem no DDAH. Isso se reflete, também, nos Diagnósticos Diferenciais como o Distúrbio Global do Desenvolvimento, Retardamento Mental Leve ou moderado, pois esses aparecerem como possibilidade de traços concomitantes com o DDAH. Embora os Distúrbios de Humor, em geral não apresentem tantos traços orgânicos, quando se referem à possibilidade de concomitância com o DDAH, aparece em destaque a agitação psicomotora.

No que diz respeito à Evolução do DDAH, as principais possibilidades apontadas para a idade adulta, estão ligados ao Distúrbio de Conduta e ao Distúrbio Anti-Social (sic) de Personalidade. É válido apontar aqui também o fato de apenas 1/3 das crianças diagnosticadas com DDAH apresentam o Distúrbio quando adultos ou passam a ser diagnosticadas com outro Distúrbio.

Por fim, há uma mudança significativa dos critérios diagnósticos. Esses não são mais subdivididos entre Desatenção, Impulsividade e Hiperatividade, mas sim em um único bloco de quatorze critérios dos quais oito devem estar presentes, por mais de seis meses. Nessa revisão não há a necessidade de se diagnosticar antes dos sete anos ou antes de qualquer idade, apenas acima dos quatro anos, como citado anteriormente. Os critérios são:

- frequentemente irriquietos (sic) com as mãos ou os pés ou contorções no assento (nos adolescentes, podem ser limitado a sentimentos subjetivos de impaciência);
- tem dificuldade de permanecer sentado quando requerido que o faça;
- facilmente distraído por estímulo exterior;

- tem dificuldade de esperar sua vez nos jogos ou situações de grupo;
- frequentemente dá respostas atabalhoadas a questões incompletas;
- tem dificuldade em seguir completamente as instruções dos outros (não devido a um comportamento de oposição ou malogro de compreensão), por exemplo, falha em terminar tarefas de casa;
- tem dificuldade de fixar a atenção nas tarefas ou nas atividades de jogos;
- frequentemente muda de uma atividade incompleta para outra;
- tem dificuldade de brincar silenciosamente;
- frequentemente fala excessivamente;
- frequentemente interrompe ou se intromete com os outros, por exemplo, intromete-se nos jogos dos outros;
- frequentemente parece não ouvir o que está sendo dito;
- frequentemente perde coisas necessárias às tarefas ou atividades na escola ou em casa (por exemplo, brinquedos, lápis, livros, atribuições);
- frequentemente se ocupa com atividades fisicamente perigosas sem considerar as possíveis consequências (não com a finalidade de caçar aventuras), por exemplo correr para a rua sem olhar.

É a partir desses critérios que é estabelecido se o DDAH da criança ou adolescente é considerado: leve (com nenhum ou um sintoma a mais do que os oito já previstos); moderado (com alguns critérios a mais); grave (com vários ou todos os critérios preenchidos). Ainda que estivesse em disputa o que, afinal, define o DDAH, percebe-se a partir dos sintomas que houve um deslocamento da hiperatividade e do déficit de atenção de algo orgânico e sintomático no DSM-II para algo comportamental, vendo a lista dos sinais-sintomas do distúrbio.

Pela grafia poder-se-ia interpretar que a causa do déficit de atenção era a hiperatividade. No DSM III-R, conforme traz Belli (2008, p. 19), procurou-se "resgatar a ênfase da hiperatividade e na impulsividade [...] que haviam sido excessivamente diminuídos". Ao ler Distúrbio de Déficit de Atenção *por* Hiperatividade, e pela própria descrição do mesmo no Manual, voltada para hiperatividade e a impulsividade, deixa evidenciada essa retomada da importância desse aspecto. O conectivo "por" pode ser interpretado como causal, dando maior ênfase ao aspecto de menor relevância anteriormente.

Caliman (2000, p. 50) traz uma contextualização sobre o TDAH, da década de 1990

apontando que “o transtorno foi reinterpretado como um defeito inibitório no mesmo contexto no qual a falha da inibição era vista como o problema que estaria na base e no início do desenvolvimento de quase todo quadro psicopatológico”. O DDAH foi uma junção de várias patologias conforme explicitado neste capítulo, trata-se do que a autora traz como diagnóstico guarda-chuva e que acabava por vezes disseminando o discurso “[...] sobre a saúde mental de pessoas que não eram nem drasticamente mal desenvolvidas nem mentalmente deficientes. Elas eram mal adaptadas”. (CALIMAN, 2000, p. 50). A discussão nos anos 1990 foi aprofundada e foi necessária uma nova edição do Manual, assim como uma nova edição do CID.

5 DSM IV: O TDAH JÁ PRESENTE E CONSOLIDADO NO ÂMBITO DO COMPORTAMENTO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

O DSM-IV (APA, 1995), chega com uma cor vermelho escuro, com escritos em amarelo, além do *layout* voltar a ser como o DSM-III. Título completo no cabeçalho, logo abaixo informando a sua edição e em destaque mais próximo do centro apenas escrito DSM-IV em caixa alta e negrito. Primeira folha de rosto semelhante à capa, embora apresente escritos em preto e branco, com o logotipo da editora que lançou o DSM-IV aqui no Brasil. A seguir a ficha catalográfica antes da segunda página de rosto que contém, novamente, o título completo, edição, o escrito DSM-IV ao centro e abaixo os nomes de quem traduziu, quem supervisionou essa tradução e o consultor das mesmas. Após, novamente, há o logotipo da editora e ano de publicação. A página seguinte traz a ficha catalográfica novamente, mas com endereço da APA, como citar em inglês, além de apresentar os autores que fizeram a capa. Traz ao fim da página, o endereço da editora no Brasil. Após uma dedicatória a Melvin Sabshin[48], para, então, ir ao Sumário.

No Sumário temos 27 itens principais, entre os quais destaco: Grupo de trabalho para o DSM-IV; Agradecimentos; Introdução; Uma palavra de cautela; Avaliação Multiaxial; e Transtornos Geralmente Diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. É válido lembrar também que esse DSM-IV possui dez anexos voltados aos aspectos históricos dos transtornos, glossários de termos técnicos e manuais estatísticos, além de aspectos diferenciais voltados para a cultura, que, embora não sejam foco desse trabalho, são importantes de ser mencionados.

No que diz respeito ao Grupo de Trabalho, este vai trazendo todos os integrantes da APA e colaboradores que ajudaram na formulação da nova edição do Manual. No que interessa a esta dissertação, é válido apontar que há três membros do Grupo de Trabalho Específico para Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira vez na Infância ou Adolescência, que estão também no Grupo de Trabalho para o DSM-IV.

Na Introdução do DSM-IV, há a descrição do processo de concretização do mesmo, com questionários e maior participação de outros profissionais que trabalham direta e indiretamente com a área "psi". Pela primeira vez, levam-se em conta outras organizações

48 Melvin Sabshin foi diretor da APA de 1974 a 1997 e segundo consta na reportagem de 9 de junho de 2011 (data de seu falecimento), muitas das mudanças dentro da psiquiatria se deram a partir dele. O jornal destaca, por exemplo, uma maior aceitação de homossexuais na sociedade, colaborando na retirada da homossexualidade enquanto transtorno mental. Outro feito foi conseguir financiamentos para pesquisas em saúde mental. Reportagem completa disponível em: https://www.washingtonpost.com/local/obituaries/melvin-sabshin-longtime-medical-director-of-psychiatric-group-dies-at-85/2011/06/08/AGYCvhNH_story.html. Aceso em: 25 dez. 2015

para além das médicas. São apontadas “mais de 60 organizações e associações interessadas no desenvolvimento do DSM-IV (Associação Americana de Gerenciamento para Informações de Saúde, Associação Americana de Enfermagem, de Terapia Ocupacional, de Assistentes Sociais,... OMS)”. (APA, 1995, p. xvi). O aparecimento de todas essas entidades colaborou para o processo de especificação diagnóstica, além de detalhamentos comportamentais. Segundo consta na mesma página “mais do que qualquer outra nomenclatura de transtornos mentais, o DSM-IV está baseado em evidências empíricas”. (APA, 1995, p. 16).

Reafirma-se a necessidade e a concretização da aproximação entre a APA e a OMS no sentido de homogeneizar tanto a nomenclatura quanto os critérios diagnósticos dos transtornos mentais. Sendo assim:

> A décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados de Saúde (CID-10), desenvolvida pela OMS, foi publicada em 1992 […]. Aqueles que preparavam a CID-10 e o DSM-IV trabalharam em estreita colaboração para coordenarem seus esforços, resultando em muita influência mútua. […]. Os códigos e os termos fornecidos no DSM-IV são completamente compatíveis tanto com a CID-9-MC quanto com a CID-10. […] As muitas consultorias entre os idealizadores do DSM-IV e da CID-10 […] foram imensamente úteis para o aumento na congruência e redução de diferenças insignificantes de reação entre os dois sistemas. (APA, 1995, p. xx).

Além dessa aproximação, outro aspecto relevante está no conceito de transtorno mental desse Manual. Não houve mudanças significativas na conceituação, porém é válido apontar que embora tenha havido um reconhecimento de que o conceito não é completo, mas que passa por mudanças. Frente a isso:

> [...] a definição de transtorno mental que foi incluída no DSM-III e DSM-III-R é apresentada aqui por ser tão útil quanto qualquer outra definição disponível e por ter ajudado a orientar decisões relativas a que condições, nos limites entre a normalidade e a patologia, devem ser incluídas no DSM-IV. (APA, 1995, p. xxi).

Não há uma mudança significativa na conceituação de transtorno mental, ou seja, aquilo que é definido como normal e anormal. Foucault (2010) define a loucura como sendo uma tecnologia do anormal. O autor ainda define o anormal como sendo aquilo que foge à racionalidade, após a emergência do Iluminismo e da racionalização da sociedade, aquilo e aquele que saísse da normalidade era considerado louco e/ou perigoso. Foucault (2008, p. 82-83) ainda coloca que

> […] vamos ter uma identificação do normal e do anormal, vamos ter uma identificação das diferentes curvas de normalidade, e a operação de normalização vai consistir em fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras e em fazer de sorte que as mais desfavoráveis sejam trazidas às que são mais favoráveis. Temos portanto aqui uma coisa que parte do normal e que se serve de certas distribuições consideradas, digamos assim, mais normais que as outras, mias favoráveis em todo caso que as outras. São essas distribuições que vão servir de norma. A norma está em jogo no interior das normalidades diferenciais [e a operação de normalização consiste em jogar e fazer

> jogar umas em relação às outras essas diferentes distribuições de normalidade][49]. O normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório. Logo, eu diria que não se trata mais de uma normação, mas sim, no sentido estrito, de uma normalização.

No que diz respeito à finalidade do DSM-IV (APA, 1995), esta é trazida como:

> oferecer descrições claras de categorias diagnósticas, a fim de permitir que clínicos e investigadores diagnostiquem, comuniquem, estudem e tratem pessoas com vários transtornos mentais. Entenda-se que a inclusão aqui, para finalidades clínicas e investigatórias, de uma categoria diagnóstica tal como Jogo Patológico ou Pedofilia não implica que a condição reúne critérios legais ou outros critérios não-médicos para o que constitui a doença mental, transtorno mental ou deficiência mental. As considerações clínicas e científicas envolvidas na categorização dessas condições como transtornos mentais podem não ser completamente relevantes aos julgamentos legais que levam em consideração, por exemplo, questões tais como responsabilidade individual, determinação de interdição e competência. (APA, 1995, p. xxv).

É válido notar que não há, no DSM, explicações sobre a diferença entre o uso dos termos *distúrbio* e *transtorno*, que se diferem no DSM-III-R para o DSM-IV. Utilizei os termos constantes nos dicionários tanto Português-Inglês, quanto Inglês-Português (MICHAELIS, 2015a) para verificar alguma alteração na tradução. O termo *mental disorder* em inglês pode significar tanto transtorno, quanto distúrbio mental. A partir dessa constatação, trago uma breve problematização dos termos transtorno e distúrbio, a partir dos sentidos encontrados no dicionário em português.

Distúrbio, conforme o dicionário (MICHAELIS, 2015b), significa perturbação, agitação, desordem, motim e/ou traquinice. Já o termo *transtorno* remete à ação ou efeito de transtornar, contrariedade, contratempo, decepção, prejuízo, perturbação do juízo e/ou desarranjo. Percebe-se uma mudança significativa dos termos quando trazido para realidade brasileira, no que tange à linguagem da psiquiatria. O segundo termo (utilizado nos dias atuais inclusive), possui mais sinônimos, tornando-se assim mais abrangente e de maior captura de significados para os diagnósticos.

Trata-se de uma tradução que reflete melhor às propostas que a APA estava trazendo. Distúrbio pode ser remetido a algo mais orgânico, como os termos perturbação e agitação que incidem sobre o psicológico, mas que partem de algo físico, dão conta das questões orgânicas dos DSMs anteriores, porém as comportamentais ficam defasadas. Já o termo transtorno remete a algo subjetivo de fato que traz prejuízos na vida de quem está com algum transtorno, por exemplo, perturbação do juízo, contrariedade, prejuízo dão conta, principalmente das esferas dos eixos I, e II do Manual, sem deixar de dar conta de aspectos orgânicos. Rezende

49 No livro "Segurança, território, população", essa nota está em rodapé, pois Foucault repete para retomar a ideia da operação da norma explicada em outro momento no texto.

(2008, p. 282), traz a diferenciação desses dois termos especificando que:

> O termo *Transtorno* foi o mais utilizado para codificação [do CID][50], o que se deve, em grande parte, à terminologia psiquiátrica. *Transtorno* é um deverbal regressivo de *transtornar*, que já possuía a acepção de alteração da personalidade, conforme se verifica em dicionários do século XIX. (…) *Distúrbio* tem um significado mais amplo que *Disfunção* já que abrange alterações de natureza estrutural e funcional, ao contrário de *Disfunção*, que se refere unicamente aos desvios da função de um órgão ou sistema.

O autor ainda alerta quanto ao uso do termo *desordem* que se trata de uma falsa relação, ou falso cognato de *Disorder* em inglês, não devendo ser utilizado. Como dito anteriormente, o termo *Disorder* pode significar tanto *Transtorno,* quanto *Distúrbio*. O termo *desordem* tanto é errôneo que não consta no CID-10 nem nos descritores do BIREME.

Isso tem efeitos, inclusive sobre o TDAH especificamente, pois o mesmo, dentro do DSM-IV (APA, 1995), é trazido com poucos acréscimos (e os mesmo não serem tão relevantes) quanto à questão orgânica, dando-se mais ênfase ainda aos aspectos comportamentais e de descrição da criança com TDAH, em comparação aos DSMs anteriores. Localizado nos Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira vez na Infância ou Adolescência, é ainda mais especificado no subgrupo dos Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo.

Conforme descrito no DSM-IV (APA, 1995), a ideia não é que o Manual especifique os transtornos como sendo "de adultos", ou ainda "de crianças", mas os separou nessa categoria por motivos práticos. Está descrito no Manual ainda que um adulto pode apresentar os sinais-sintomas de transtornos dessa categoria ou traços do mesmo e ser diagnosticado tardiamente. O contrário também ocorre, há transtornos que não estão nessa categoria dos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência, e que podem ser diagnosticados nessa faixa etária.

Os outros subgrupos de transtornos que estão incluídos nessa categoria dos Diagnosticados pela Primeira vez na Infância ou Adolescência: Retardo Mental (nos seus 5 níveis); Transtornos de Aprendizagem (com seus 4 diagnósticos); Transtorno das Habilidades Motoras (com o diagnóstico específico de Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação); Transtornos de Comunicação (com 5 diagnósticos); Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (com 5 diagnósticos); Transtornos de Alimentação da Primeira Infância (com 3 diagnósticos); Transtornos de Tique (com 4 diagnósticos); Transtornos da Excreção (2 diagnósticos); e Outros Transtornos da Infância ou Adolescência (5 diagnósticos).

Quanto aos Transtornos de Déficit de Atenção e do Comportamento Diruptivo, está

50 Acréscimo meu, pois no trecho o autor refere-se ao CID.

especificado que:

> Esta seção inclui o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, caracterizado por sintomas proeminentes de desatenção e/ou hiperatividade impulsividade. São oferecidos subtipos para a especificação sintomática predominante: Tipo Predominantemente Desatento. Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e Tipo Combinado. Também estão incluídos nesta seção os Transtornos de Comportamento Diruptivo: O Transtorno de Conduta caracteriza-se por um padrão de comportamento que viola os direitos básicos de outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade. O Transtorno Desafiador de Oposição caracteriza-se por um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador. Esta seção também inclui duas categorias Sem Outra Especificação: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação e Transtorno do Comportamento Diruptivo Sem Outra Especificação. (APA, 1995, p. 38)

É válido notar que o TDAH ganha destaque no subgrupo/subseção dos Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo, quase como "fora" dos Transtornos do Comportamento Diruptivo. Há um pequeno rompimento com esse grupo de diagnósticos. Diferente do DSM-III-R, não há apontamentos no sentido desse subgrupo fazer parte de comportamentos que prejudique mais aos outros do que a quem tenha esse diagnóstico.

No DSM-IV (APA, 1995), o TDAH é trazido com maior detalhamento, ainda que se mantenha um padrão sobre as três principais características: impulsividade, desatenção e hiperatividade. Há também um maior detalhamento sobre os aspectos da vida no qual o TDAH atrapalha: situações escolares, profissionais e/ou sociais. É especificado que é necessário que dois aspectos estejam sendo prejudicados. Ainda consta que:

> É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos. Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constantes ou que não possuem um apelo ou novidade intrínsecos […]. Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estarem ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois [...] ou quando recebe recompensas frequentes por um comportamento apropriado. Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo [...]. O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações dentro de cada contexto. (APA, 1995, p. 78-79).

Ainda que, desde o DSM-III se pretenda certa objetividade nos diagnósticos, tendo que existir um número mínimo de sintomas que estejam presentes há um determinado tempo, esses critérios e a descrição do TDAH têm seguido uma linha mais subjetiva, visando a esfera comportamental. Na citação acima, por exemplo, é possível perceber o quanto o comportamento é algo mais volátil, e passível para diferentes interpretações, diferentemente de algo mais orgânico, que precisaria de números ou resultados de exames para comprovar a existência ou não de determinada doença.

Trata-se de um deslocamento maior dentro do campo do comportamento infantil, e não mais de rupturas. Esse deslocamento deixa em aberto a possibilidade para diagnósticos

futuros. Como dito na citação acima em que os sinais podem ser mínimos em uma situação em que haja maior atividade, abre-se uma possibilidade diagnóstica sem especificação, ou em aberto, para ser diagnosticado posteriormente.

Neste DSM-IV (APA, 1995), temos três diagnósticos ativos de TDAH: do Tipo Predominantemente Desatento; do Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo; e do Tipo Combinado. O que os diferencia está no número de sinais sintomas: o Tipo Predominantemente Desatento deve ter seis ou mais sintomas específicos da área da desatenção e menos de seis da área hiperativa/impulsiva; o Tipo Predominantemente Hiperativo é o contrário; por fim o Tipo Combinado deve ter seis ou mais sintomas de ambas as áreas. É válido lembrar que, na seção "Procedimentos de Registro", está colocado que um indivíduo pode ter seu diagnóstico alterado, isto é, uma vez diagnosticado com TDAH do Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo, esse diagnóstico pode mudar para Tipo Combinado ou Tipo Predominantemente Desatento. Ou ainda, no caso que não se atenda a todos os critérios, o indivíduo poderá ser diagnosticados como Em Remissão Parcial, ou, na dúvida, como TDAH Sem Outra Especificação.

Novamente aqui, percebe-se as malhas da rede que deixa escapar cada vez menos coisas, como citado no capítulo anterior, a em algum momentos todos/qualquer um podem ser diagnosticados com algum transtorno mental. Há doenças para as mais diversas faixas etárias, tipos de comportamento, gênero, específicos em determinados locais, específicos a partir de determinados acontecimentos, etc. A malha dessa rede vai tornando-se cada vez mais fina, no sentido de cada vez escapar menos pessoas sem transtorno, ainda que o mesmo possa ser temporário. Foucault (2008) reforça ao colocar que há comportamentos, atos, etc. mais próximos e mais distantes da normalidade. Isso também faz com que os indivíduos suscetíveis a um diagnóstico, pois dentro dos diagnósticos ainda há as especificidades "leve, moderado, grave", ou seja ainda que a convivência em sociedade não esteja afetada, vai se tornando cada vez mais difícil de se escapar de algum diagnóstico.

Na seção "Características e Transtornos Associados" (APA, 1995, p. 79), aponta-se que, dependendo da idade e do estágio do transtorno ou do tratamento, essas características podem variar, incluindo "[...] baixa tolerância a frustração, acessos de raiva, comportamento 'mandão', teimosia, insistência excessiva e frequente […], instabilidade de humor, desmoralização disforia, rejeição por seus pares e baixa auto-estima". Semelhante aos dois DSMs anteriores (III e III-R), algumas dessas características aparecem acrescidas de outras, enfatizando comportamentos que fujam da norma.

Ainda na mesma seção reforçam-se os três aspectos da vida cotidiana prejudicadas:

escolar, profissional e social. Dá-se uma ênfase maior às questões escolares, apontando-se o baixo rendimento, conflito com autoridades, entre outras. Em especial, aponto aqui que "os indivíduos com TDAH podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. O desenvolvimento intelectual avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno". (APA, 1995, p. 79-80).

Foucault (2008) ainda explica que a partir de um determinado número de procedimentos, gestos, formas de (re)agir, pensar, ser é que se estabelece o que é normal e anormal. Isso está diretamente ligado ao que o autor chama de normalização disciplinar (traços visíveis em um ambiente escolar) que consiste em:

> […] em primeiro lugar colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente que é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma (…) é em relação a essa norma estabelecida que a determinação e a identificação do normal e do anormal se tornam possíveis. (FOUCAULT, 2008, p. 75).

Foucault (2008) traz que não se pode confundir normatividade com normalização, a primeira está ligada às questões jurídicas, às leis, propriamente ditas. Já na normalização disciplinar, primeiro vem a norma (que não necessariamente tem a ver com a lei), e a partir disso se estabelece o que é normal e anormal, para então tentar trazer os sujeitos para o mais próximo possível da norma, através dessa normalização disciplinar. É por isso que se confunde a normalização disciplinar com a normação, pois em ambos os casos a norma vem primeiro.

Por outro lado, na normalização dentro da sociedade de segurança, se faz o cálculo de probabilidades, e a partir disso que se estabelece o que é normal e anormal. Um exemplo disso é o conceito de endemia *versus* epidemia. Endêmico é o número/porcentagem de casos esperados de uma determinada doença num determinado lugar. Epidemia ou surto é quando esse número ultrapassa o esperado. No contexto deste trabalho, por exemplo, espera-se que cerca de 10% da população tenha o diagnóstico de TDAH, se esse número for muito superior, como 17-20%, numa determinada região, por exemplo, o Estado tomará providências. Ele pesquisará causas e possíveis soluções para que o índice baixe, ou ao menos explique-se (a partir de especificidades) o porquê desse índice diferenciado. Em ambos os casos, endêmicos ou não, se faz um gerenciamento dessa anormalidade, mas já se espera índices da mesma.

No que diz respeito a transtornos complementares, aparecem todos do mesmo subgrupo/subseção, além do Transtorno de Tourette, que já aparecia nos DSM-III e no DSM-III-R, além do acréscimo de questões sociais como "[...] uma história de abuso ou negligência

à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas, [...] infecções, […] exposições a drogas *in utero*, baixo peso ao nascer e Retardo Mental". (APA, 1995, p. 80).

No DSM-IV (APA, 1995, p. 80), há uma subseção de "Achados Laboratoriais Associados", em que se aponta que em testes "[...] que exigem processamento mental concentrados são anormais em grupos de indivíduos com TDAH". Além dessa nova subseção há, também os "Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas", em que se descreve que não há questões físicas específicas perceptíveis para que se visualize uma criança com TDAH, mas que há "[...] anomalias físicas menores (por exemplo, hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) […] e também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos". (APA, 1995, p. 80).

Na seção "Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero", coloca-se que na cultura ocidental se faz mais presente o TDAH, e que o mesmo é muito difícil de ser diagnosticado antes dos quatro ou cinco anos de idade. Por outro lado traz algumas características que podem chamar a atenção da família pelo comportamento de uma criança com dois ou três anos. Um exemplo é retratado através da leitura (por um adulto) de um livro com bastante figuras e imagens, a qual não é finalizada quando a criança começa apresentar traços do TDAH, e que o excesso de agitação motora também pode fazer parte disso.

As seções de Prevalência, Curso, Padrão Familial e Diagnóstico Diferencial não serão descritas nem problematizadas aqui, pois acabam por repetir muito do que já foi dito anteriormente dentro do DSM-IV. Parto, assim, para "Os Critérios Diagnósticos Para TDAH", destacando, antes de citá-los, que os mesmos estão divididos em duas grandes categorias, uma dando ênfase para o TDAH Tipo Predominantemente Desatento; outro dando maior atenção ao TDAH Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo. (APA, 1995).

Para a criança ser diagnosticada com TDAH tipo Predominantemente Desatento, ela deve apresentar no mínimo seis dos sintomas abaixo, nos últimos seis meses:

- frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- com frequência não segue as instruções e não termina seus deveres escolares,

tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

- com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares e deveres de casa);
- com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

Já, para a criança ter seu diagnóstico de TDAH Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo, ela deve apresentar seis desses critérios por no mínimo seis meses:

- frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- 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);
- com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividade de lazer;
- está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;
- frequentemente fala em demasia;

Os critérios abaixo são específicos sobre impulsividade, mas entram na mesma lógica dos seis necessários para o TDAH Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo:

- frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex. intromete-se em conversas ou brincadeiras).

É valido apontar que no DSM-IV (APA, 1995), é trazido que esses sinais-sintomas devem estar presente antes dos sete anos de idade, deve ter causado prejuízo em dois contextos, dentre os três já citados anteriormente (escola, profissional e/ou social). E, por fim, assinala-se que os diagnósticos tardios ou que não satisfaçam todos os critérios deve ser especificado como TDAH Em Remissão Parcial, além dos que não atendam exatamente a todos os critérios, mas sofrem prejuízos, são diagnosticados como TDAH SOE.

Tal como no DSM-III, que houve revisão, o DSM-IV também passou por uma revisão. Isso fez com que houvesse alterações tanto no número de diagnósticos (conforme descrito no item 1.1), quanto na descrição dos mesmos. Essas alterações também acabaram sendo refletidas no TDAH conforme será descrito abaixo.

5.1 DSM-IV-TR: o TDAH e o consumo da Ritalina/metilfenidato e o problema para si

O DSM-IV-TR (APA, 2000), apresenta-se na cor prateada com escritos em azul escuro e branco, com layout semelhante às duas edições anteriores. As escritas, no cabeçalho, predominantemente em azul escuro, tal como título completo e especificação da 4ª edição. Em branco é destacando que é o texto revisado (TR). Já os escritos DSM-IV estão em azul escuro novamente e o TR em branco para destacar. No rodapé, escrito em branco, consta *American Psychiatric Association* e, mais abaixo, o logo da editora que publicou no Brasil. Tal estrutura de capa não se diferenciou da edição original.

Primeira folha de rosto em preto e branco, mas com o mesmo layout da capa. Na folha seguinte, a ficha catalográfica do DSM-IV-TR. Logo em seguida, temos uma segunda folha de rosto idêntica à primeira, trazendo apenas o nome do coordenador da tradução. Uma segunda folha com dados catalográficos detalhados é apresentada em sequência, com o autor da capa, a autora da tradução, ficha catalográfica e endereço da APA, endereço da editora no Brasil. Por fim, antes do sumário, uma dedicatória a Melvin Sabshin.

O sumário dessa revisão contém 27 seções e mais 11 subseções que indicam os anexos e sua utilidade. Para a presente problematização, utilizarei as seções: Grupos de trabalho para a revisão do DSM-IV; Introdução; Advertência; Utilização do Manual; e, por fim, a seção Transtornos Geralmente Diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência.

No que diz respeito à seção dos Grupos de Trabalho para a revisão do DSM-IV, há um Grupo de Trabalho (GT) mais central que fica encarregado da coordenação na formulação dos Manuais. Esse GT do DSM IV e da sua revisão é composto de 27 membros nesta edição/revisão. Três dessas pessoas compõem o Grupo de Trabalho Específico para a Revisão dos Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na

Adolescência.

A parte inicial da Introdução é semelhante ao DSM-III-R e DSM-IV, trazendo as outras entidades, participantes no processo de reformulação do Manual e em seguida abordando o aspecto histórico. Ao chegar ao subtítulo "A revisão do DSM-IV" (APA, 2000), aponta-se o Manual como sendo uma ferramenta de ensino, em especial pelo seu caráter descritivo acerca dos transtornos. Também são explicados os motivos da revisão, sendo eles:

> 1) corrigir quaisquer erros factuais identificados no DSM-IV; 2) garantir a atualização de todas as informações no DSM-IV; 3) fazer alterações que reflitam as novas informações disponíveis, já que as revisões bibliográficas do DSM-IV foram realizadas em 1992; 4) fazer aperfeiçoamentos que aumentem o valor educativo do DSM-IV; 5) atualizar aqueles códigos da CID-9-MC que foram alterados desde a Atualização de Códigos do DSM-IV de 1996. Assim como com o DSM-IV original, todas as alterações propostas para o texto deviam estar amparadas em comprovação empírica. Além disso, todas as mudanças propostas restringem-se às seções do texto (p. ex., Características e Transtornos Associados, Prevalência), não sendo feitas quaisquer alterações substanciais nos conjuntos de critérios, nem contempladas quaisquer propostas de novos transtornos, novos subtipos ou mudanças de condição das categorias presentes nos apêndices do DSM-IV. (APA, 2000, p. 26).

Problematizo alguns pontos na citação acima, o ponto 4 especialmente, pois o mesmo traz essa materialidade discursiva para o nível didático, utilizado no ensino. Foucault (2014), me ajuda a pensar essas questões, pois é a partir dela (não somente deles, mas boa parte dela se dá dessa forma), que é possível a sujeição do discurso pois o sistema de ensino (e suas materialidades utilizadas) é:

> […] senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes? Que é uma "escritura" (a dos "escritores") senão um sistema semelhante de sujeição, que toma formas um pouco diferentes, mas cujos grandes planos são análogos? Não constituiriam o sistema judiciário, o sistema institucional da medicina, eles também sob certos aspectos, ao menos, tais sistemas de sujeição do discurso? (FOUCAULT, 2014, p. 42).

Ainda sobre a revisão do DSM (APA, 2000), é apresentado que o processo começou em 1997, enfocando nas justificativas de alterações de diagnósticos. O foco não era justificar novos diagnósticos, tanto que, como citado no primeiro capítulo, permaneceu-se com o mesmo número de diagnósticos, o que se modificou, por exemplo, foi a seção de Diagnóstico Diferencial. Receberam atenção também as seções "[...] Características e Transtornos Associados (que inclui os Achados Laboratoriais Associados), Características Específicas de Cultura, Idade e Gênero, Prevalência, Curso e Padrão Familiar". (APA, 2000, p. 27).

O conceito de transtorno mental não sofreu alterações significativas nessa revisão, por ainda dar conta, segundo os autores (APA, 2000), de orientar as decisões no que diz respeito aos diagnósticos e tratamentos. Após, há um alerta para que o Manual não seja usado como

"livro de culinária" (sic), afinal os critérios diagnósticos, sinais-sintomas, "[...] não englobam todas as condições passíveis de tratamento ou possíveis tópicos de pesquisas". (APA, 2000, p. 33). A finalidade do Manual no DSM-IV-TR também permaneceu idêntica ao do DSM-IV.

Outra questão importante refere-se à seção "Utilização do Manual". Destaco o que diz respeito ao uso dos códigos e sua relação com as questões financeiras. No DSM-IV-TR (2000, p.35) é trazido que uma das utilidades dos códigos seria para dados estatísticos e:

> […] para o relato de dados diagnósticos a terceiros interessados, incluindo agências governamentais, seguradoras particulares e a OMS. Nos EEUU, por exemplo, o uso desses códigos é exigido pela Administração de Recursos Financeiros da Saúde Pública, para finalidades de reembolso pelo sistema *Medicare.*

Darsie (2014) assinala que não há algo obscuro nas práticas discursivas. Especificando sobre esse reembolso para o sistema *Medicare*, é possível perceber que há interesses financeiros de grupos privados e isso não está oculto ou manipulando a formulação, mas sim, faz parte desse processo. Trazendo para o trabalho, estou operando, ou tentando operar, com aquilo que está exposto nos Manuais, não há intenção de desvelar algo, apenas descrever e analisar o que está ali. "Analisar um discurso, portanto, significa analisar práticas que se encontram vivas dentro dele [discurso][51]". (DARSIE, 2014, p. 59).

No que diz respeito ao TDAH, este se encontra, novamente, dentro do grande grupo dos Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência, dentro ainda de um subgrupo denominado Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo. Quanto à descrição tanto dos Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência, bem como quanto às especificações dos Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Diruptivo continuaram iguais ao DSM-IV. O mesmo vale para as descrições das Características Diagnósticas, visto que os Subtipos não mudaram, assim como os Procedimentos de Registro.

Na seção Características e Transtornos Associados, há o acréscimo de mais especificações do contexto familiar, sem decréscimo do contexto escolar:

> Os relacionamentos familiares com frequência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no quadro sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo comportamento perturbador é voluntário. A discórdia familiar e interações negativas entre os pais e a criança estão presentes com frequência, embora muitas vezes diminuam com tratamento bem-sucedido. (APA, 2000, p. 114).

Quanto às questões escolares no DSM-IV-TR (APA, 2000), há um acréscimo a respeito da possibilidade de haver alguns indivíduos com QI elevado, algo novo em relação ao DSM-IV, no qual constava apenas as perdas e prejuízos do TDAH em relação ao QI da

51 Nota minha.

criança. Além disso, o acréscimo de questões voltadas a frequência de ferimentos, principalmente nos indivíduos com o TDAH Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo é trazido, além do prejuízo em relação às questões sociais, principalmente nos indivíduos com TDAH do Tipo Predominantemente Desatento, pois são deixados de lado por seus semelhantes. Nos Achados Laboratoriais Associados, assim como nos Achados do Exame Físico e Condições Médicas Gerais Associadas, não houve mudanças, permanecendo, basicamente, o mesmo texto.

O que se percebe como deslocamento, é o tratamento ao indivíduo que está com TDAH. Anteriormente se descrevia o TDAH como prejudicial para os outros, nesse momento trata-se de um transtorno em que o foco passa a ser o indivíduo e não os outros. Acaba se focando no desempenho desse indivíduo, no QI, nas notas, como justificativa ou explicação do TDAH ser prejudicial a si mesmo.

Na seção Características Específicas de Cultura, Idade e Gênero, chama a atenção novamente as questões relacionadas ao comportamento escolar e familiar, que foram acrescidas e/ou especificadas em relação ao DSM-IV. Desde a dificuldade de diagnosticar antes da idade escolar até o quanto a desatenção e a hiperatividade podem prejudicar o desempenho escolar e como ele deve ser avaliado:

> Um comprometimento substancial foi demonstrado em crianças em idade pré-escolar com TDAH[52], mas os sintomas tipicamente se destacam mais durante as séries elementares. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla […] passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação interior de agitação ou nervosismo. Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o rendimento escolar. Os sintomas de impulsividade também podem levar à infração de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. […] Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades em participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que ofereçam limitadas oportunidades para movimentos espontâneos. A disfunção social em adultos parece ser especialmente provável naqueles que tiveram outros diagnósticos paralelos na infância. Deve-se ter cautela ao fazer o diagnóstico de TDAH em adultos com base na recordação do indivíduo de ter sido desatento ou hiperativo quando criança, porque a validade destes dados retrospectivos muitas vezes é duvidosa. Embora as informações nem sempre possam estar disponíveis, é importante corroborar as informações a partir de outras fontes (incluindo boletins escolares anteriores), na busca de um diagnóstico preciso. (APA, 2000, p. 115-116).

A questão escolar nesse DSM é algo considerado tão relevante, que se mostra como um dos fatores de definição do diagnóstico de TDAH Em Remissão Parcial. Esse diagnóstico só se torna exatamente possível a partir do histórico escolar. O que parece contraditório, pois ao mesmo tempo que coloca que alguns indivíduos com TDAH possam apresentar QI e

52 No DSM-IV-TR (APA, 2000) consta por extenso.

desempenho alto, define como padrão que adultos que tiveram desempenho escolar baixo possam ter o diagnóstico em questão.

No que tange à prevalência, há um aumento nas taxas, pois conforme o DSM-IV-TR (APA, 2000) essas podem variar de 3-7% em crianças com idade escolar. Apesar de sutil, a diferença traz consigo a problemática da medicalização. Do ano de lançamento do DSM-IV-TR até 2013, no Brasil, percebe-se, conforme Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013), o aumento de 940% na indicação do uso de Ritalina para crianças. Segundo esses autores "foram 70mil caixas vendidas em 2000. Nove anos depois, o consumo chega a 1,7 milhões de caixas." (p. 447). Isso fez com que o Brasil atingisse a marca de segundo maior consumidor de tal medicamento.

No que diz respeito nas seções Padrão Familiar; Diagnóstico Diferencial; e Critérios Diagnósticos não houve alterações substanciais frente ao DSM-IV. No que diz respeito ao TDAH Sem Outra Especificação, no DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 119), há um maior detalhamento, sua descrição geral continua abordando aspectos subjetivos de "não satisfazerem os critérios para TDAH", porém há sintomas que se sobressaem e há algum prejuízo e especifica nos exemplos:

> 1) Indivíduos cujos sintomas e comprometimentos satisfazem os critérios para o TDAH Tipo Predominantemente Desatento, mas cuja idade no início do transtorno seja superior a 7 anos; 2) Indivíduos com comprometimento clinicamente importante que apresentam desatenção e cujo padrão sintomático não satisfaz todos os critérios para o transtorno, mas que têm um padrão comportamental marcado por indolência, devaneios e hipoatividade; (APA, 2000, p. 119).

Aqui percebe-se que os aspectos orgânicos ficam em um segundo plano, ainda que sejam contemplados com um diagnóstico diferencial. Cada vez menos as questões orgânicas e mais questões comportamentais se tornam relevantes, muito embora não se ignore as questões orgânicas, ao contrário, ainda se tenta abarcá-las, agora num outro lugar, "Sem Outra Especificação" algo subjetivo, mas que leva aspectos clínicos em consideração.

6 DSM-V: O TDAH NA ATUALIDADE E O CÉREBRO MEDICALIZADO

O DSM-V (APA, 2013) apresenta em sua capa a cor azul escura, com escritos e detalhes em branco e prateado. O layout se assemelha ao DSM-IV-TR, apenas sendo acrescido um detalhe em degradê ao centro que vai do azul escuro ao branco. No cabeçalho, o título completo "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" com escritos em branco, abaixo em prateado especificando "5ª edição", No início do degradê escrito em branco o título "DSM-5". No rodapé, *American Psychiatric Association* e o logo da editora que publica o DSM no Brasil.

A primeira folha de rosto traz o título e sua abreviação juntamente com o logo da editora, e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A página seguinte traz a ficha catalográfica do DSM-V, além dos principais membros da APA do Conselho Administrativo. A segunda folha de rosto traz o título novamente com todos os detalhamentos da edição além da abreviação "DSM-5" e apresenta os revisores técnicos. Na página seguinte apresenta as questões legais quanto à fotocópia e especifica que apenas uma editora detém os direitos de publicar o DSM-V em português e apresenta os tradutores, assim como as pessoas que fizeram a arte da capa.

Nesse DSM, há dois grandes grupos de formulação do Manual: o da Força Tarefa do DSM-5; e o dos Membros da Divisão de Pesquisa da APA responsável pelo DSM-5. Os grupos de trabalho específicos mudaram de nome, também por conta da saída dos eixos. Em geral, o DSM-V encontra-se organizado conforme o desenvolvimento humano, apresentando primeiro transtornos que geralmente podem ocorrer na infância e seguindo até os que comumente ocorrem em idades avançadas. Mas, ainda focando nos Grupos de Trabalho, o grupo específico TDAH e Transtornos diruptivos merece atenção, pois é a primeira vez que o TDAH se destaca num grande grupo específico. Dos dez membros que compõem esse grupo, dois fazem parte da Força Tarefa do DSM-5.

Porém é válido notar, que apesar do TDAH ter um Grupo de Trabalho quase específico dele, ele se encontra, nesse Manual, dentro dos grupos dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, além de fazer parte também dos Transtornos da Infância e Adolescência. O primeiro é composto por quinze membros, desses, apenas uma também faz parte do Grupo de Trabalho do TDAH e Transtornos diruptivos, e mais uma na Força Tarefa do DSM-V. Já no Grupo de Trabalho dos Transtornos da Infância e Adolescência, composto por nove membros, não possui nenhum membro em comum com os outros grupos de trabalho, mas possui um na Força Tarefa do DSM-V. Ao todo, unindo esses três grupos de trabalho que, direta ou indiretamente, discutem o TDAH, quatro membros estão na Força

Tarefa do DSM-V, a qual é composta por 35 membros.

Os Manuais, desde a sua segunda edição, tiveram sempre uma preocupação em estar em harmonia com o CID, apontando-se que o Grupo de Trabalho de Espectros Diagnósticos e Harmonização DSM/CID, composto por onze membros, sendo nove deles integrantes da Força Tarefa do DSM-V, entre eles o Presidente e Vice da Força Tarefa, o Diretor de Pesquisa, além de outros seis membros. Isso mostra o quanto a harmonização com o CID se torna relevante tanto pra APA, quanto para a OMS.

O sumário do DSM-V se encontra mais *enxuto* do que os outros. O primeiro item que aparece trata das classificações do DSM-V. Nessa seção aparece o código dos transtornos, além do código correspondente ao CID. Após, é trazido um Prefácio que coloca algumas mudanças substanciais do DSM-V. Depois o Sumário traz três Seções das quais destaco a Seção I, subdividida na Introdução (a qual me aprofundarei neste capítulo); Utilização do Manual e Advertência para a Utilização Forense do DSM-V Por seguinte a Seção II dos Critérios Diagnósticos e Códigos, onde foco minha atenção para as questões dos Transtornos do Neurodesenvolvimento (onde se encontra TDAH). Na Seção III, trata dos Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes, e por fim os sete Apêndices.

No Prefácio do Manual (APA, 2013, p. xli), há uma tentativa de flexibilizar as questões diagnósticas, apontando que "devido à impossibilidade de uma descrição completa dos processos patológicos subjacentes à maioria dos transtornos mentais, é importante enfatizar que os critérios diagnósticos atuais constituem a melhor descrição disponível". Isso passa pelas condições de emergência atuais do DSM. Estamos numa época em que foi se constituindo verdades (que não são estanques) sobre os transtornos mentais e de uma patologização das questões psiquiátricas. Se antes se prendia a loucura num hospital psiquiátrico, hoje o cuidado da loucura é em liberdade, e se é em liberdade, a possibilidade de mais pessoas estarem em sofrimento psíquico é maior. Conforme traz Sousa Filho (2008), não se trata apenas dessa liberdade entendida a partir do sistema jurídico, mas dos diferentes campos que pensam e praticam as questões políticas e de saberes e que acabam por definir o que é essa liberdade e os efeitos que ela produz. Um desses efeitos é o cuidado em liberdade, mas medicalizando e socializando o sujeito para que o mesmo esteja produtivo.

Novamente adentrando no conceito de normalização em Foucault (2008), se trata de comportamentos que são trazidos o mais próximo possível daquilo que é considerado normal. Estar "normal", neste caso, também significa estar produtivo, seja na escola, seja na família, seja na comunidade ou no trabalho. A medicação acaba sendo um meio onde se consegue normalizar aquele indivíduo que, além de prejudicar a si mesmo, está mais longe de um

comportamento esperado.

Reforça-se o caráter ateórico no DSM-V (APA, 2013) apontando que ele é usado pelas mais diferentes orientações teóricas, citando algumas, como psicodinâmica, sistêmica, comportamental, etc., pois utiliza uma linguagem comum, podendo haver comunicação entre essas (e outras) orientações teóricas. Ainda no Prefácio reforça-se o caráter utilitarista pelas mais diversas áreas, como psicologia, assistência social, enfermagem, entre outras.

Quanto à objetividade do DSM-V (APA, 2013), argumenta-se que se trata de facilitar uma avaliação mais direta, pois "os critérios são concisos e claros, e sua intenção, é facilitar uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos […] bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais". (APA, 2013, p. xli). Novamente, aqui tratamos de produção de sujeitos, através das relações poder-saber. Conforme traz Mansano (2009, p. 112) "a matéria-prima que compõe as subjetividades são variáveis e historicamente localizadas". É a partir dessas matérias primas, ou como trago no trabalho, materialidade, que também se constituem sujeitos, descrevendo-os.

Ainda no Prefácio do DSM-V (APA, 2013), é abordado novamente a necessidade de aproximação com o CID e que pra isso passou por uma reestruturação que modificou nove pontos dentro do DSM e um dos que chama a atenção trata da "Seção III: novos transtornos e características" em que é trazido que são transtornos que "não estão suficientemente bem estabelecidos para integrar a classificação oficial de transtornos mentais. (APA, 2013, p. xliii). Isso aumenta as possibilidades de diagnósticos provisórios e de perspectivas que num possível DSM-V-R, ou DSM-VI ter-se-á novos transtornos e mais características diagnósticas. Por fim, houve a preocupação de agradecer aos membros da Força Tarefa do DSM-V, e seus Grupos de Trabalho para a composição desse Manual. Além de agradecer aos editores, revisores e pesquisadores que fizeram parte do processo de elaboração do Manual.

Partindo para a Introdução (que está dentro da Seção I do DSM-V), evidencia-se que esse Manual foi resultado de um trabalho de durou 12 anos e frisa que:

> Diagnósticos confiáveis são essenciais para orientar recomendações de tratamento, identificar taxas de prevalência para planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e documentar importantes informações sobre a saúde pública, como taxas de morbidade e mortalidade. Na medida em que a compreensão sobre os transtornos mentais e seus tratamentos evoluiu, profissionais médicos, pesquisadores e clínicos voltaram o foco de sua atenção para as características de transtornos específicos e suas implicações para tratamento e pesquisa. (APA, 2013, p. 5).

É a partir do diagnóstico que se estabelece o quão perto/distante o sujeito está das

normas. Se, conforme Bampi (2002), o governo/governamento se refere à condução de condutas, podemos entender o diagnóstico como um início de uma condução de condutas de sujeitos que estão mais distantes da norma. Ainda que se tenha sujeitos dentro da norma e que exercem e sofrem ações de governo, no âmbito da racionalidade, aqueles mais distantes da norma precisam de ações específicas de governamento.

Ainda na sua parte inicial há um reconhecimento de falhas nos diagnósticos, justificando essas falhas a partir do fato de que "a ciência não estava madura o suficiente para produzir diagnósticos plenamente válidos – ou seja proporcionar validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos para cada transtorno do DSM". (APA, 2013, p. 5). Volto a referenciar Foucault (2014), quando o mesmo coloca que não se pode dizer qualquer coisa em qualquer tempo, em qualquer lugar. É necessário que hajam fatores que confluam para determinados saberes/discursos sejam ditos/executados/pensados, e, por que não, refutados. Embora a APA diga que a ciência não estava madura o suficiente, deve se ter em mente que assim como as verdades são construídas pelos fatores emergenciais, eles também podem ser desconstruídos, a partir de jogos de poderes.

Embora anteriormente citado que há diagnósticos que não estão suficientemente bem estabelecidos, no DSM-V (APA, 2013, p.5), é trazido que, por mais que resultados especulativos não façam parte da nosologia, essa mesma especulação faz parte do processo para "evoluir no contexto de outras iniciativas de pesquisa clínica na área". É por conta dessa fluidez que se justifica, por exemplo, a mudança na forma de apresentação do DSM, sem eixos, mas com a organização ao longo da vida.

No subtítulo "Processo de Revisão" do DSM-V, conta-se brevemente a história da saída do DSM IV e IV-TR para o DSM-V, com começo em meados de 1999. Além dos 130 membros das dos Grupos de Trabalho, tiveram mais de 400 consultores para que esse DSM-V pudesse ser publicado. Foi no desenvolvimento de rascunhos e detalhamentos de diagnósticos que foram feitos os maiores esforços.

Sobre os subtítulos Propostas para Revisão; Testes de Campo do DSM-5; Revisão Pública e Profissional; e Revisão Especializada não se mostram tão relevantes para meu trabalho especificamente, muito embora se faça necessária um aprofundamento num trabalho posterior. Ambas as partes contam mais e especificam dos processos metodológicos das pesquisas e consultas que já foram brevemente apontadas aqui. A Estrutura Organizacional (outro subtítulo) também foi apresentada já quando descrevi o Sumário, bem como mostrei a maior aproximação com o CID. Não trazem referências à produção de sujeitos e/ou os discursos nesses subtítulos encontravam-se repetidos/semelhantes aos anteriores.

Segundo consta nos subtítulos “Abordagem Dimensional Diagnóstico” e “Considerações sobre o Desenvolvimento e o Ciclo Vital” (APA, 2013), a organização anterior do DSM – que começou com o DSM-III e seguiu até o DSM-IV-TR – restringia os processos diagnósticos. Isso muda no DSM-V, pois se passa a ter o diagnóstico muito mais próximos as ciclos de vida do que a Eixos Axiais, o que permitiria uma maior fluidez nos diagnósticos.

O subtítulo “Uso de Outros Transtornos Especificados e Não Especificados”, aponta a saída da sigla SOE (sem outra especificação) dos diagnósticos. Se justifica isso para uma maior liberdade do clínico, caso os critérios não fechem completamente, para colocar, por exemplo, outro “transtorno depressivo especificado, episódio depressivo com sintomas insuficientes”[53], ou ainda “transtorno depressivo não especificado”[54] Por fim, ainda que os subtítulos “Questões Culturais”; e “Diferenças de Gênero” sejam relevantes para estudos posteriores, não serão descritos aqui por não serem o foco de minha atenção. O Sistema Multiaxial já foi discutido no capítulo 3. no que tange às suas modificações.

Saindo da Introdução e indo para a Utilização do Manual, no subtítulo “Abordagem à Fórmula Clínica de Caso”, primeiramente, aparece um aviso de que não se deve simplesmente dar o diagnóstico quando o paciente fecha os critérios, mas deve-se levar em conta os aspectos biopsicossociais; o mesmo vale para o desenvolvimento de um novo transtorno mental. Justifica-se isso pelo fato de que haveria uma limitação na interpretação das respostas emocionais produzidas tanto pelo paciente, quanto percebidas pelo clínico.

Além disso, há um reconhecimento de que, apesar dos anos de estudos e pesquisas sobre critérios diagnósticos e sobre transtornos mentais, os mesmo não dão conta de descrever inteiramente todos os aspectos psicológicos. E é a partir dessa justificativa que se trazem novamente as opções de “outros transtornos especificados/não especificados. Sobre os não especificados, deixa-se claro que esse deve ser temporário “até que um diagnóstico diferencial completo seja possível”. (APA, 2013, p. 19). Abre-se espaço, assim, para a medicalização sem necessariamente haver um diagnóstico. Não há uma especificação clara, típica de um diagnóstico que leva em conta o comportamento, que impeça, ou, ao contrário, deixe de se receitar Ritalina, por exemplo.

Analisando-se os subtítulos “Critério para Relevância Clínica”, “Critérios Diagnósticos e Descritores e Subtipos e Especificadores”, cabe frisar alguns aspectos. No que tange ao biológico, o manual afirma que não há marcadores biológicos que façam com que

53 Exemplo especificado no DSM-V (APA, 2013), página 16.
54 idem

seja fácil diagnosticar um transtorno mental, sendo assim não é possível distinguir aquilo que é normal do que é anormal (APA, 2013). Portanto, aquilo que não atende os critérios recebe um diagnóstico temporário ou "outro transtorno especificado ou não especificado". Quanto aos subtipos e especificadores, esses "proporcionam uma oportunidade para definir um subagrupamento mais homogêneo de pessoas com o transtorno que compartilham determinadas características". (APA, 2013, p. 21-22). Isso serve também pra apontar a gravidade do transtorno, curso ou características.

A respeito dos outros cinco subtítulos, tratam de uma especificidade (Transtornos do Movimento Induzidos por Medicamentos e Outras Condições que podem ser o Foco de Atenção Clínica). Além disso, tratam dos Diagnósticos Principais e Provisórios, que já foram abordados aqui. Ainda, descrevem os Procedimentos de Codificação e Registro, que dão conta de aspectos epidemiológicos. Por fim o subtítulo, "Olhando para o Futuro: Ferramentas de Avaliação e Monitoramento", dá conta de justificar uma revisão ou os próximos DSMs com alterações no que tange ao número de diagnósticos, como esses são organizados e quais os critérios pros mesmos.

O TDAH, na organização oficial do DSM-V (APA, 2013), está no primeiro grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, sendo os mesmos definidos como:

> um grupo de condições com início no período de desenvolvimento. Os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizada por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, […] muitas crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam também um transtorno específico da aprendizagem. No caso de alguns transtornos, a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso, quanto de déficits e atrasos em atingir marcos esperados. (APA, 2013, p. 32).

Dentro desse grupo de Transtornos do Neurodesenvolvimento (APA, 2013) estão os transtornos de comunicação, os transtornos do espectro autista, as deficiências intelectuais (ou transtornos do desenvolvimento intelectual), os transtornos motores do neurodesenvolvimento, além dos transtornos específicos de aprendizagem e o TDAH. Esse último definido por:

> níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados "de externalização", tais como o

> transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta. O TDAH costuma a persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional. (APA, 2013, p. 32).

Ao descrever especificamente o TDAH, o DSM-V (APA, 2013) traz outros aspectos além dos descritos logo acima. Segundo consta no Manual, o TDAH tem início na infância. Se faz necessário que os sintomas, agora, estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Justifica-se a modificação da idade (antes era 7 anos) por conta das lembranças dos pais sobre a infância da criança não serem tão confiáveis. Sendo assim, se faz necessário que os sinais-sintomas, além de estarem há pelo menos seis meses presentes, que apareçam antes da idade indicada.

No que diz respeito às Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico, aparecem questões como desempenho de aprendizagem, irritabilidade, baixa tolerância a frustração, entre outras relacionadas a situações acadêmicas e sociais. Embora não se tenha marcadores físicos do TDAH, nos EEG aparecem questões em relação às ondas lentas e volume encefálico reduzido no sentido póstero anterior.

Caliman (2006, p. 75) problematiza que:

> Embora as imagens cerebrais tentem dizer o contrário, a linha que separa o indivíduo TDAH do sujeito normal é tão frágil e tênue que, na esfera da vida prática, longe do ambiente laboratorial, nem sempre ela pode ser traçada e muito menos visualizada. Lá, na vida, as diferenças entre o indivíduo normal desatento e incapaz de autocontrole e o indivíduo TDAH não se sustentam cientificamente. Apesar dos avanços dos métodos de visualização cerebral, no dia a dia da prática diagnóstica eles não revelam muita coisa. Até o momento, nenhum teste ou exame específico e preciso para a "identificação do TDAH foi definido. Seu diagnóstico continua sendo feito através de um processo misto que inclui testes psicológicos, história clínica, análise do desempenho escolar, entrevistas com pais e professores, etc.

Embora esses dados sejam diferentes no Brasil, no DSM-V (APA, 2013), aparece como sendo uma prevalência de 5% de crianças com TDAH nos EEUU, além dos 2,5% de adultos. Esse último, de porcentagem em adultos, aparece pela primeira vez no DSM. No Brasil, a prevalência varia, entre 2-10% podendo chegar a 15% dependendo da região, da escola conforme aponta Fontana (2007). Nas turmas de pré-escola, segundo consta no DSM-V (APA, 2013) se percebe o TDAH principalmente pelo viés da hiperatividade. Na vida adulta, é a sensação de inquietude e a desatenção, podendo às vezes apresentar questões de impulsividade. Sobre os dados, é preciso refletir sobre o papel da epidemiologia/estatística conforme reforçam Traversini e Bello (2009), pois os dados trazem diferentes informações a respeito de determinadas ou da maioria da população. Sendo assim, dentro dos aspectos da governamentalidade, essas ciências podem ser entendidas como um pensamento, "[...] uma racionalidade, para produzir, conduzir e administrar os problemas que atingem a população e

os indivíduos, traduzidos como obstáculos aos projetos de desenvolvimento e de administração [de uma população específica, por exemplo][55]". (TRAVERSINI; BELLO, 2009, p. 137).

Novos subtítulos como "Fatores de Risco e Prognóstico", trazem aspectos ambientais, temperamentais, genéticos e fisiológicos e os modificadores de curso. Esses aspectos abordam questões como o fato do TDAH estar ligado a baixos níveis de inibição. Também consideram o fato de, se a criança nascer com baixo peso, aumentam as chances dela desenvolver TDAH. Outro ponto relevante no Manual é que é descrito uma predisposição familiar, na medida em que, em parentes de primeiro grau ser mais comum uma herdabilidade de TDAH; por fim, chama a atenção que há uma probabilidade de a criança com TDAH desenvolva também Transtorno de Conduta. (APA, 2013).

Nos subtítulos Questões Diagnósticas Relativas à Cultura; e Questões Diagnósticas Relativas ao Gênero, não apresentam questões relevantes, além da já referida maior prevalência em meninos com TDAH. No subtítulo "Consequências Funcionais do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade", aponta principalmente as questões de mau desempenho acadêmico e profissional, além de aspectos sociais e familiares que também podem ser prejudicados. (APA, 2013). Reforça-se o caráter de desempenho e do TDAH ser algo prejudicial a quem está com este transtorno. Há uma maior cobrança, ainda mais quando aumenta-se a faixa etária para o diagnóstico.

Merece destaque o subtítulo "Diagnóstico Diferencial", que são outros transtornos que podem ser confundidos com TDAH ou ainda estarem em comorbidade. Havia poucos diagnósticos nas edições anteriores, porém, nesta, aparecem 16. Os mesmos variam conforme as três principais características (impulsividade, desatenção e hiperatividade), descrevendo-se os 16 transtornos possíveis de causar alguma confusão no diagnóstico ou ainda de coexistir no mesmo indivíduo.

Sobre os diagnósticos de Outro TDAH Especificado e TDAH Não-Especificado, nota-se uma semelhança: ambos apresentam a justificativa de não atenderem todos os critérios diagnósticos, mas causarem prejuízos a uma ou mais das três áreas afetadas pelo TDAH (estudos, trabalho e vida social). A diferença, basicamente, reside no fato de o primeiro especificar o *quase* diagnóstico (por exemplo: Outro TDAH especificado: com sintomas insuficientes de desatenção); e o segundo não especificar por falta de condições ou por ainda ser um diagnóstico temporário. (APA, 2013).

Para os Diagnósticos Ativos, de TDAH Apresentação Combinada; TDAH

55 Acréscimo meu.

Predominantemente Desatento; e TDAH Predominantemente Hiperativo-Impulsivo, não há mudanças substanciais nos critérios. Apenas os critérios de impulsividade e hiperatividade voltaram a fazer um mesmo bloco, além de melhor descreverem situações exemplos de cada critério. Para completar o diagnóstico ainda, se pode especificar caso seja TDAH em Remissão parcial quando os critérios estiveram presentes no passado, no entanto, no presente, não apresentam todos os critérios, mas ainda trazem prejuízos; além disso, deve-se especificar se o TDAH é Leve, Moderado ou Grave, conforme o número a mais dos sintomas mínimos necessários para se fechar o diagnóstico.

Na maioria dos casos, o medicamento utilizado para o tratamento do TDAH é a Ritalina. Conforme citado, anteriormente, o Brasil é o segundo maior consumidor da Ritalina. Pode-se fazer uma leitura a partir do biopoder pois, conforme Kilp e Ruiz (2009, p. 1327), ele opera na normalização, mas "gerenciando os grupos humanos através de direção das condutas, que é a governamentalidade. O objetivo do biopoder é empregar as potencialidades da vida humana para um fim útil". Isso faz com que a vida possa ser controlada dentro de limiares aceitáveis, com condutas condizentes as da maioria das pessoas.

Embora o biopoder não seja o foco principal do trabalho ele perpassa essa discussão, pois o objetivo do medicamento acaba sendo essa normalização. Sena e Neto (2010, p. 28), trazem uma descrição do metilfenidato/Ritalina como sendo:

> [...] uma droga diferente quimicamente da cocaína e, quando ingerido por via oral, não causa dependência no sentido biológico. Do ponto de vista psicológico, como o uso do metilfenidato produz uma sensação de despertar pronunciada no portador de TDAH, acompanhada de uma maior concentração e de maior controle, é comum que os portadores busquem seu uso.

A partir de um determinado momento em que a criança é diagnosticada com TDAH, e lhe é receitado a Ritalina, produz-se outro sujeito, normalizado, que está próximo das condutas que lhe é esperada. Conforme trazem Scileski e Bernardes (2014), mais do que investir na vida, o biopoder está centrado nas formas de viver e como isso será feito. Para as autoras, a economia política permitirá "o acesso ao investimento político como possibilidade para a vida". (SCILESKI; BERNARDES, 2014, p. 132). Isso justifica, por exemplo, que governos federais comprem remédios como Ritalina, a partir de dados epidemiológicos. Trata-se de um controle de uma população específica; um investimento na vida dessas pessoas para que as mesmas entrem em no mercado de trabalho, frequentem determinados locais, enfim, essa normalização, através da medicalização, produz processos de controle.

Ainda pensando a medicalização nessa perspectiva do biopoder, Bernardes, Pelliccioli e Marques (2013) nos colocam a pensar que esse processo de investimento na vida, além de

produzir uma normalidade e um controle, é fruto de um processo de liberdade, entendendo liberdade contendo racionalidade:

> Nessa racionalidade, é preciso estratégias que se voltem para a vida da população no que se refere a uma política de sociedade que não terá como princípio regulador a troca de mercadorias, mas mecanismos de concorrência. É justamente em razão destes que se torna necessário investir nas liberdades. As liberdades são as possibilidades de fazer parte dos mecanismos concorrenciais, ou seja, são mecanismos de não protecionismo que incidem sobre as liberdades individuais. (BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013, p. 2341).

No DSM-V é possível perceber um novo deslocamento, partindo dos grupos aos quais está ligado, especificamente ao Grupo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, e é neste que trago minha atenção. Nas edições anteriores do DSM, havia em algum momento da descrição do DDA/DDAH/TDAH aspectos que remetia a características orgânicas do distúrbio/transtorno. Neste DSM esses aspectos ganham maior relevância; percebe-se isso tanto no que diz respeito a categoria onde o TDAH se encontra, os Transtornos do Neurodesenvolvimento, quanto às descrições e exames de imagem avançados que auxiliam nesse diagnóstico.

Complementando esse apontamento trago Rose (2003), quando o mesmo traz o termo "self neuroquímico", ou seja, a formação neuroquímica do sujeito, como foco de análise das chamadas ciências da vida. É a partir do cérebro e suas funções neuroquímicas que tenta se conhecer e definir o ser humano. Nesta edição do Manual, percebe-se um foco maior nessas questões neuroquímicas, o que considero neste trabalho como uma volta ao orgânico, ainda que de forma diferente das primeiras edições do DSM – os quais eram tratados a partir de uma lesão. Hoje o que se tenta é a partir das questões cerebrais, no âmbito microscópio, cerebral, a partir da produção de determinadas enzimas, constituir um sujeito normalizado.

Esse discurso ganha maior destaque já durante a vigência do DSM-IV-TR (2000-2013). Embora o trabalho foque no TDAH, a maneira de ver, diagnosticar e intervir neste transtorno seguiu a tendência dos demais. Um exemplo trazido por Rose (2003), mostra que transtornos como Depressão, Ansiedade também passam a ser avaliados por questões neuroquímicas que colaboram ou confluem no diagnóstico desses transtornos. No TDAH, esse retorno ao biológico, com foco na neuroquímica da vida se dá pela medicalização, aliás, pela popularização dessa medicalização, em especial no Brasil, que acaba se tornando o segundo maior consumidor; mas também pelo avanço a partir de diagnósticos por imagens.

Rose (2012) traz que hoje ao se trabalhar o corpo, passa-se pela questão molecular, e a medicalização vem a ser o processo de tecnologização da vida. Sendo assim, para o TDAH, a Ritalina/metilfenidato é o instrumento tecnológico que infere no corpo molecularmente. "A

intervenção não é apenas para saber, é para fazer: conhecer a vida no nível molecular foi intrinsecamente relacionada com uma melhor capacidade de agir sobre ela neste nível. A vida parece ter se tornado passível de intervenção e aberta a projetos de controle". (ROSE, 2012, p. 3).[56]

Ortega (2009) define esse processo como biossociabilidade que é a classificação de determinados grupos conforme seus dados dentro de um exame. Seria um passo seguinte para aquilo que Foucault chamou de biopolítica, segundo o autor, é a partir dessas classificações biomédicas que se pode "reivindicar uma influência maior na tomada de decisões a cerca de terapias apropriadas para doenças específicas; obter fundos para a pesquisa, ou marcar distância da própria investigação biomédica e contestar o estatuto nosológico de determinadas doenças, como vemos no caso do autismo" (ORTEGA, 2009, p. 248).

56 Tradução minha.

7 TERMINANDO O TRABALHO, MAS NÃO A DISCUSSÃO E A ANÁLISE...

Ao longo deste trabalho me propus a pensar e escrever sobre o TDAH e seus percursos e deslocamentos a partir da materialidade que o oficializa: o DSM. O TDAH, assim como questões relacionadas à infância, apareceram, a partir do contexto de uma determinada época. No DSM-I, por exemplo, pouco se vê sobre a infância, o que se torna perceptível a partir da participação das Forças Armadas e de Veteranos de Guerra na elaboração do mesmo. O que não significou necessariamente que o distúrbio/transtorno não estivesse presente em manuais paralelos utilizados em hospitais e asilos que lidavam com as questões mentais da infância. Aliás, já se caracterizava a "hiperatividade" e o "déficit de atenção" como algo da infância.

Os termos a "hiperatividade" e o "déficit de atenção" (com essa escrita) aparecem apenas do DSM-II enquanto sintomas de um distúrbio/transtorno ligada a lesão cerebral, algo orgânico. Sem ignorar o fato de haver o Transtorno/Distúrbio da Reação Hipercinética na Infância (ou adolescência), o qual também é considerado origem do DDA/DDAH/TDAH, meu foco ficou na aparição dos termos estritos que deram o nome ao TDAH tal como o concebemos hoje. O que me interessou neste trabalho foi justamente pegar os termos e tentar descrever aonde os mesmos aparecem no Manual, apontando os deslocamentos deles.

Percebe-se na mudança para o DSM-III, que há um deslocamento significativo dos termos hiperatividade e déficit de atenção. O primeiro deles se dá na saída deles desse lugar de sintoma, para, então, ser considerado um distúrbio, o DDA. O segundo aspecto relevante nessa mudança também diz respeito ao tratamento dado. As questões teóricas (no sentido de seguir uma linha de pensamento) perdem força e começa a ser percebido o deslocamento da questão orgânica (lesão cerebral), para algo que dizia respeito a comportamento, da moral e do rendimento escolar. No DSM-III-R é necessário apontar que há uma ênfase maior na hiperatividade, já que, anteriormente, a hiperatividade (no DSM-III) aparecia como uma segunda possibilidade de diagnóstico. Em sua revisão já está se denominando DDAH dentro do diagnóstico principal. O que não mudou foi a ênfase maior dada ao aspecto comportamental e subjetivo.

Dentro do DSM-IV, há outro deslocamento relevante. A mudança, dentro da materialidade; a saída da expressão Distúrbio para Transtorno. Embora na língua inglesa *Disorder* pode significar tanto um termo quanto outro, o conceito de transtorno entra em evidência para tratar das questões psiquiátricas. Além disso, outro deslocamento se deu nas especificidades do TDAH, ele poderia ser predominantemente hiperativo, desatento ou ainda, do tipo combinado. No DSM-IV-TR seguiu-se uma linha semelhante, não havendo grandes diferenças.

Por fim, no DSM-V há uma maior preocupação com as questões biológicas novamente, embora não se tenha evidência e especificidade de exames e diagnóstico por imagens do TDAH. Chama a atenção neste DSM-V, também a mudança daquilo que se entende por transtorno mental, além da organização do mesmo. Também chama a atenção, um novo deslocamento neste último DSM, pois o mesmo já é resultado da crescente medicalização da infância e do próprio TDAH. Há um aumento no consumo de Ritalina de 940% em relação a década de 1990, o que justifica um certo retorno às questões mais orgânicas para diagnosticar o transtorno, ou há nesses dois fatores uma relação próxima.

No que diz respeito às problematizações, utilizei-me das "lentes" foucaultianas para analisar esse objeto de pesquisa e os discursos e as descrições dos sujeitos com TDAH/DDA/DDAH, além de analisar também os contextos do lançamento de cada DSM, ainda que meu olhar esteja carregado de discursos e sentidos deste tempo, foi importante esse exercício para uma melhor descrição. Já no que tange aos deslocamentos discursivos, não houve, dentro das edições/revisões do DSM, saídas definitivas no que diz respeito às generalidades orgânico-comportamental. O que se percebe é um maior foco sobre aquilo que num determinado momento se entendeu como sendo mais relevante para o entendimento do TDAH. Do DSM II ao DSM-IV-TR houve um significativo deslocamento das questões orgânicas para as comportamentais; já do DSM-IV-TR para o DSM-V há um deslocamento inverso, ainda que se enxergue esse aspecto orgânico diferentemente daquilo que se enxergava anteriormente. Mas em ambos os casos não há um apagamento de um aspecto sobre outro.

Concordo com a Caliman (2006), que ainda que se fale em disputa por verdades e saberes, não se tratava em descobrir uma verdade ou falsidade nos Manuais a cerca do TDAH, mas sim descrever e analisar o que está ali. Não há uma procura de desvelamento de uma verdade, mas sim de descrever os processos para que tais coisas fossem escritas naquele Manual e os efeitos disso posteriormente. O efeito mais visível se dá na venda do remédio padrão para o TDAH, que, na última década, teve aumentos significativos.

> Investigamos a fase mais superficial e harmônica da construção do TDAH e o estilo de pensamento que ela perpetua, mas também damos relevo às vozes que, em um nível mais obscuro, participaram de sua constituição. Nosso objetivo é destacar certas contingências morais e sociais que participam e participaram da construção do diagnóstico do TDAH, da condição mórbida que ele descreve e dos modelos identitários que ele fortalece. (CALIMAN, 2006, p. 75).

Ao refletir sobre o processo de constituição/construção do TDAH na atualidade, penso que uma delas foi um processo de adultização da infância, concordando com que a autora também aborda no seu trabalho. A partir do momento em que se planejou a vida, se ter uma gestão de ações em prol de uma maior produtividade, questões como TDAH, medicalização

da infância e da vida como um todo passam a atravessar nosso cotidiano. (ROSE, 2000, 2003 apud CALIMAN, 2006, p. 82):

> comenta, estas transformações se desenvolveram em um momento histórico no qual as linhas divisórias entre o normal e o patológico foram dissolvidas e transformadas em um contínuo somático. Neste contínuo, o indivíduo TDAH ocupa um espaço ambíguo. Os modelos com os quais ele dialoga oscilam entre os pólos das celebridades executivas e do marginal criminoso. A adesão ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso do Transtorno de Atenção e Hiperatividade deriva do sofrimento dos que vêem o indivíduo TDAH como um "criminoso potencial", mas também resulta das exigências de sucesso atuais, do ideal da família perfeita, da criança, da mãe e do pai perfeitos, do profissional competente e do parceiro exemplar.

Como possibilidades é possível fazer outros trabalhos a cerca das diversas patologias presentes na materialidade discursiva do DSM. Uma segunda possibilidade vai na direção de aprofundar ainda mais questões pertinentes ao TDAH como a própria medicalização e/ou a psicologização da infância. Trata-se de um tema atual e que não cabe apenas às áreas "psi" lidar com as questões do TDAH e/ou de outros transtornos que circulam no ambiente escolar. Ainda há a possibilidade de aprofundar questões a cerca do governo de si, do governar a vida, governo de populações específicas pensando a medicalização como artifício para que aquelas pessoas com TDAH possam aproximar-se mais na linha da norma, etc.

Entendo a medicalização aqui como uma tecnologia que ajuda no controle de uma população específica. Rose (2008, p. 163) traz que "das no novas tecnologias de imagem (…) aos avançoes na psiquiatria biológica, neuroquímica e genoma, o cérebro vem sendo recriado como depósito de tudo o que antes estava alocado na mente". O que reforça, novamente o fato de o TDAH ser um reflexo daquilo que acontece na psiquiatria como um todo, a partir de uma organicidade para o diagnóstico. A "saída" da mente para o cérebro, das questões psiquiátricas; ou, ao menos, seu foco nas questões neuroquímicas, traz consigo implicações políticas no que diz respeito a investimentos em pesquisas, informações estatísticas e epidemiológicas.

Não se tratou aqui neste trabalho de apontar "evoluções" a respeito do TDAH, mas sim descrever o processo de conceituação, e constituição do TDAH enquanto transtorno da infância. Processo esse que ora foi visto como biológico, ora foi visto como comportamental e que neste momento volta ao orgânico/biológico com outras especificidades. Essas, típicas da sociedade de controle, típicas da sociedade que se utiliza de meios cada vez mais tecnológicos para justificar porque determinados fenômenos ocorrem, típicas de uma sociedade que preza pelo rendimento, e que, para isso, a medicalização e os entendimentos neuroquímicos do sujeito colaboram neste processo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. In: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE: Segundo Encontro Mundial, 2003, Rio de Janeiro. Disponível em: http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf. Acesso em: 12 nov. 2015.

ALMEIDA, F. M. Os anormais. *Sociologias*, Porto Alegre, n.16, p. 360-367, jul./dez. 2006. Disponível em: http://www.seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/5615/3226. Acesso em: jan. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* – DSM I. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* – DSM II. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* – DSM III. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

_____. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais* - DSM III-R. São Paulo: Editora Manole, 1989.

_____. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* – DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* – DSM IV-R. São Paulo: Manole, 2000.

_____. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* – DSM V. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BAMPI, L. Governo, subjetivação e resistência em Foucault. *Revista Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.1, n. 27, p. 127-150, jan./jun. 2002.

BARKLEY, R. A, *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)*: um guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BELLI, A. A. *TDAH! E agora?*: A dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção. São Paulo: Editora STS, 2008.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2339 - 2346, ago. 2013.

BUJES, M. I. E. Alguns apontamentos sobre as relações infância/poder numa perspectiva foucaultiana. In: 26ª REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO (26ª R. A. ANPED), 2003, Poços de Caldas

(MG). *Anais...* Rio de Janeiro: ANPED, 2003. Disponível em: http://26reuniao.anped.org.br/outrostextos/mc07mariaisabelbujes.doc. Acesso em: dez. 2015.

CALIMAN, L. V. *A biologia moral da atenção:* a constituição do sujeito (des)-atento. 2006. 173 p. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4445 . Acesso em: dez. 2014.

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

CASTRO, C. A. A.; NASCIMENTO, L. *TDAH*: inclusão nas escolas. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda., 2009.

DARSIE, C. *Educação, Geografia e Saúde*: geobiopolítica nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças. 2014. 234 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/95666/000918489.pdf?sequence=1. Acesso em: dez. 2014.

DECOTELLI, K. M.; BOHRER, L. C. T.; BICALHO, P. P. G. A droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013.

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 17-32, jul./dez. 2014.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

FONTANA, R. da S. et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 134-137, maç. 2007.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso:* aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000a.

_____. *Em defesa da sociedade*: curso dado no Collège de France (1975 - 1976). São Paulo: Ed. Martins Fontes. 2000b.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. *O poder psiquiátrico:* curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *Os anormais*: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2001.

_____. Poder e saber. In: MOTTA, M. B. *Coleção ditos e escritos IV*: estratégia poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012a.

_____. Diálogo sobre o poder. In: MOTTA, M. B. *Coleção ditos e escritos IV*: estratégia poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012b.

_____. A governamentalidade. In: MOTTA, M. B. *Coleção ditos e escritos IV*: estratégia poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012c.

_____. *Vigiar e punir*: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. *A arqueologia do saber.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

HACKING, I. Entrevista com Ian Hacking (por Paul Kennedy e David Cayley). Tradução de Luciana Vieira Caliman e Rogério Gomes de Almeida. *Psicologia e Sociedade*, v. 21, n.3, p. 465-470, 2009.

_____. *The social construction of what?*. Cambridge, MA: President and Fellows of Harvard College, 1999.

KILP, C. R.; RUIZ, C. B. M. M. O biopoder e a governamentalidade: a condução da vida dos outros. In: X SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PUCRS, 2009, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 1326-1327.

KYRILLOS NETO, F.; SANTOS, G. A. O. *V*iolência e diagnóstico: apontamentos acerca da psicopatologia prática do DSM. In: ROSÁRIO, A. B.; KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. *Faces da violência na contemporaneidade*: sociedade e clínica. Barbacena: EduEMG, 2011.

MANSANO. S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 8, n. 2, p. 110-117, 2009.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade*:* política da subjetividade contemporânea. *Psicologia e sociedade,* v. 20, n. 3, p. 331-339, 2008.

MICHAELIS. *Moderno Dicionário Inglês & Português*. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php. Acesso em: 09 out. 2015a.

_____. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php. Acesso em: 09 out. 2015b.

MOREIRA, M. S. *O DSM, o sujeito e a clínica*. 2010. 134 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MUSZKAT, M.; MIRANDA, M. C.; RIZZUTTI, S. *Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.* São Paulo: Cortez, 2012.

ORTEGA, F. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 31, p. 247-260, 2009.

PARAÍSO, M. A. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER D. E.; PARAÍSO, M. A. (Org.). *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação.* Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

REZENDE, J. M. Transtorno. Distúrbio. Disfunção. Desarranjo. Desordem. Perturbação. *Revista de Patologia Tropical*, v. 37, n. 3, p. 281-282, 2008.

ROSE, N. Neurochemical Selves. *Society*, v. 41, n. 1, p. 46-59, 2003.

_____. Psicologia como ciência social. *Psicologia e Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 155-164, 2008.

_____. The human sciences in a biological age. *ICS Occasional Paper Series*, v. 3, n. 1, p. 1-25, 2012.

SCISLESKI, A. C. C.; BERNARDES, A. G. Sobre Foucault e Agamben: uma reflexão sobre subjetividade, ética e políticas públicas. *Revista Estudos de Psicologia*, v. 19, n. 2, p. 89-156, 2014.

SENA, S. S; NETO, O. D. *Distraído e a 1000 por hora*: guia para familiares, educadores e portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SOMMER, L. H. A ordem do discurso escolar. *Revista Brasileira de Educação*, v. 12, n. 34, p. 57-67, jan./abr. 2007.

SOUSA FILHO, A. Foucault: o Cuidado de Si e a Liberdade, ou a Liberdade é uma agonística. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M.; VEIGA-NETO, A.; SOUSA FILHO, A. (Orgs.). *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 13-26.

TRAVERSINI, C. S.; BELLO, S. E. L. O numerável, o Mensurável e o Auditável: estatística como tecnologia para governar. *Revista Educação e Realidade*, v. 34, n. 2, p. 135-152, 2009.