



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**(Bio)Medicalização da Infância: a Perturbação de
Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) -
definição do problema, construção e impactos da
solução**

Ana Valentina Marques Sardinha

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Amélia Augusto

Covilhã, Outubro de 2013

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, por todo o apoio prestado ao longo desta investigação, pelas palavras de incentivo em momentos mais difíceis, pelos conselhos, pelos comentários esclarecedores e sempre pertinentes, pela disponibilidade e, essencialmente, pela confiança que demonstrou em mim.

Agradeço às mães entrevistadas, sem as quais nada disto seria possível, por se disponibilizarem a participar nesta investigação e por partilharem comigo histórias pessoais.

Aos profissionais de saúde (ao pedopsiquiatra e à pediatra) que acederam à realização da entrevista e simpatia demonstrada.

Ao agrupamento de escolas da Covilhã que, gentilmente, me cedeu os contactos das mães.

Aos meus pais por estarem sempre presentes e apoio prestado ao longo da minha vida.

Ao Rui pelo carinho, pelos abraços, pela motivação, ânimo e por acreditar sempre em mim.

A todos os meus amigos, restante família e pessoas a quem solicitei ajuda, obrigado pelo apoio, incentivo e encorajamento ao longo deste processo.

A todos, **Muito Obrigado!**

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é, hoje, a perturbação neuro-comportamental mais frequente em crianças em idade escolar, cujos sintomas são a desatenção, impulsividade e hiperatividade. A presente investigação propõe uma reflexão sociológica acerca do processo de medicalização e do tratamento medicamentoso desta perturbação, bem como dos efeitos psicossociais resultantes da definição e gestão médicas desta condição. A sua etiologia é primariamente aceite como uma condição biológica, fazendo com que fatores sociais, culturais, éticos e políticos permaneçam como papel secundário.

Pretende-se discutir e investigar como este tema é abordado pelos *media* e como estes influenciam e contribuem para a construção social da hiperatividade, no contexto português. Igualmente, esta investigação visa analisar criticamente o aumento do número de crianças diagnosticadas e tratadas medicamente com PHDA, explorando-se os processos de medicalização, biomedicalização e psiquiatrização da infância. Faz-se uma distinção entre as fronteiras do “normal” e do “patológico”.

Nesta investigação foram realizadas dez entrevistas a mães de crianças diagnosticadas com PHDA e duas entrevistas a profissionais médicos (pediatra e pedopsiquiatra). A partir das entrevistas realizadas a mães procura-se compreender a perspetiva que possuem da doença e todo o seu processo envolvente. Convoca-se ainda a contribuição do discurso médico sobre a PHDA, resultante não apenas da revisão bibliográfica, mas também através das entrevistas realizadas aos especialistas.

Palavras-chave

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA); Medicalização; Biomedicalização; Infância;

Abstract

The Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is today the neuro-behavioral disorder most common in school-age children, whose symptoms are inattention, impulsivity and hyperactivity. This research proposes a sociological reflection on the process of medicalization and drug treatment of this disorder, as well as on the psychosocial effects resulting from the definition and management of this medical condition. Its etiology is primarily accepted as a biological condition, causing social, cultural, ethical and political to stand as a secondary role.

It is intended to discuss and investigate how this issue is addressed by the media and how they influence and contribute to the social construction of hyperactivity in the Portuguese context. Also, this research aims to critically analyze the increasing number of diagnosed and medically treated children with ADHD, exploring the processes of medicalization and psychiatric biomedicalization of childhood. The boundaries between the "normal" and "pathological" are also discussed and analyzed.

Ten interviews were conducted with mothers of children diagnosed with ADHD and two with medical professionals (pediatrician and child psychiatrist). From the analysis of the former to understand the perspective they build on the disease and on its surrounding process. The analysis of the contribution of medical discourse on ADHD is made not only from the literature review, but also from interviews with experts.

Keywords

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD); Medicalization; Biomedicalization; Childhood;

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| Parte I - Discussão e fundamentação teórica | 5 |
| Capítulo I - A construção social da Hiperatividade | 5 |
| 1. Surgimento histórico de uma perturbação | 5 |
| 2. Descrição da PHDA no século XX | 8 |
| 3. Nosografia da PHDA definida pelo DSM e CID | 9 |
| 4. Sintomas e Diagnóstico | 12 |
| 5. Prevalência, Etiologia e Fatores | 12 |
| 6. Comportamentos e tratamento | 14 |
| 7. Classificações da PHDA na biomedicina e suas consequências sociais .. | 18 |
| Capítulo II - Os <i>media</i> portugueses: modos de (des)escrever a PHDA | 23 |
| Capítulo III - Medicalização, Biomedicalização e Psiquiatrização da Hiperatividade Infantil | 30 |
| 1. Medicalização como processo social | 30 |
| 1.1. A medicalização do comportamento das crianças | 34 |
| 1.2. Papel da indústria farmacêutica no processo da medicalização da infância | 36 |
| 2. De Medicalização para Biomedicalização | 39 |
| 3. Psiquiatrização do sofrimento infantil | 44 |
| Parte II - Das Orientações Metodológicas à Recolha dos Dados Empíricos | 48 |
| Capítulo I - Orientações metodológicas e Modelo de Análise | 48 |
| 1. Objetivos da Investigação | 48 |
| 2. Orientações Metodológicas | 49 |

| | | |
|--|---|-----|
| 3. | Caracterização da amostra..... | 51 |
| 4. | Construção do Modelo de Análise | 54 |
| Capítulo II - Análise e Interpretação dos Dados Recolhidos | | 58 |
| 1. | Visão dos comportamentos como problemáticos | 58 |
| 2. | Construção social/médica da PHDA como problemática/patológica.... | 61 |
| 2.1. | Sentimento de culpa | 65 |
| 3. | Medicalização e Farmacologização | 68 |
| 4. | Impactos não esperados do diagnóstico | 79 |
| Conclusão | | 87 |
| Bibliografia | | 91 |
| Bibliografia Digital..... | | 99 |
| Outras fontes..... | | 100 |
| Anexos..... | | 102 |

Índice de Quadros

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para a PHDA

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica das entrevistadas

Lista de Acrónimos

| | |
|------|--|
| PHDA | Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |

Introdução

Se na Antiguidade grega as crianças deficientes eram lançadas desde as alturas do monte Taigedo, em nossa civilização ocorre serem igualmente lançadas a um vazio de significância desde as alturas da Ciência
(Alfredo Jerusalinsky in Brandão et al., s/d:2)

Uma investigação sociológica pressupõe a reflexão, o questionamento, a problematização e a análise de um dado objeto com o intuito de ampliar, de contribuir para o corpo de conhecimentos (sociológicos) sobre ele produzido. No caso da presente investigação, pretende-se investigar a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) enquanto matéria de interesse sociológico, dado o número de diagnósticos de PHDA ter aumentado no nosso país; pelo crescente interesse dos *media* portugueses relativo a esta questão; devido aos modos como essa categorização pode afetar a vida social da criança e da própria família; dada a relevância do processo que conduz a que a hiperatividade passe a ser tratada de acordo com padrões e normas médicas de tratamento. A escolha desta temática torna-se pertinente visto não existirem estudos sociológicos no contexto português (pelo menos, a pesquisa bibliográfica realizada, não deu conta da sua existência, do que se depreende tratar-se de um objeto primariamente entendido como um objeto da medicina e sobre o qual detém uma espécie de monopólio, isto não obstante o seu inegável caráter sociológico que, esperamos, será sublinhado e evidenciado pela presente investigação).

Uma das formas de tornar perceptível a crescente acuidade da PHDA é a cada vez maior atenção que lhe é dada pelos meios de comunicação portugueses, através das páginas de jornal e revistas, notícias televisivas, entre outros. É muito particularmente através destas informações e imagens que os *media* veiculam, que o público constrói o significado social da hiperatividade. Contraditoriamente, pouco ou nada se sabe sobre esta realidade, sobre as crianças que afeta, sobre as famílias, sobre os métodos de tratamento e implicações futuras. Vivemos num mundo em que a sociedade exige cada vez mais dos seus membros comportamentos e atitudes que visam o sucesso e a normalidade, deixando pouco espaço para o desvio e a diferença em relação a essa normalidade socialmente construída. Isso é tão ou mais assim no que respeita, inclusive às crianças que, desde cedo, são submetidas a ambientes de competição, comparação e classificação. Existe um “padrão de comportamentos” estabelecido pela sociedade que, caso não seja “cumprido”, expõe e submete as crianças a um controlo social onde os especialistas intervêm para manter/repor (ou pelo menos tentar) a normatização. Como advogam Brandão et al., (s/d:3) “a criança entrega suas infantilidades a um leque de profissionais que tudo fazem e sabem, mas que a retiram de sua trajetória simbólica em busca de uma filiação, de um pertencimento (...)”.

Durante várias décadas a família e a escola eram os principais responsáveis pela educação das crianças. Entretanto, outros atores entraram no mundo infantil: os profissionais de saúde. “Em situações em que os problemas da infância não são resolvidos por pais e professores, a medicina (...) assume o papel social de apresentar as ferramentas e soluções mais adequadas” (Barbarini, 2011:95). É o que ocorre com a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), cujas “ferramentas” e “soluções” são aqui analisadas e discutidas.

A PHDA é a nosologia mais frequente na infância definida, na quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais* (DSM-IV), como um transtorno mental (psiquiátrico) que afeta crianças em idade escolar, cujos sintomas são: desatenção, hiperatividade e impulsividade. De acordo com Lopes (2004 in Melo e Quintais, 2011:13) a perturbação em estudo é considerada um assunto “marginal”, possivelmente por ainda se tratar, sobretudo em Portugal, de uma condição pouco conhecida, pouco ou nada debatida e escassamente estudada. Por este motivo, a PHDA é um assunto de difícil compreensão e aceitação, tanto por parte dos familiares, escolas/professores, como pela sociedade, em geral.

Existe algum ceticismo em relação a esta perturbação no que diz respeito a ela dever ou não ser reconhecida como uma situação patológica, visto tratar-se de uma condição sem causas aparentes, em que o diagnóstico é feito clinicamente através de testemunhos dos pais, familiares ou indivíduos próximos da criança. No entanto, há a salientar que o propósito desta investigação não é apurar se uma criança sofre ou não da perturbação, ou seja, se a PHDA é real ou não. A doença que interessa ao sociólogo pode ou não ter fundamento na realidade biológica, mas terá sempre um fundamento na realidade social. Nem tão-pouco se pretende encontrar “culpados”, dizer que os pais contemporâneos são menos competentes que os pais de gerações anteriores na sua função educativa. Tendo em conta que a PHDA é caracterizada, pelo DSM-IV e profissionais de saúde, como um problema de saúde sério, porque envolve disfunções cerebrais responsáveis pelo bom funcionamento de algumas zonas do cérebro (como a atenção, organização, impulsividade, entre outros), e que é tratado pela medicina, o que se pretende com esta investigação é perceber o modo como os sinais e os sintomas são classificados, os mecanismos que contribuem para a colocação do rótulo de doente, e os impactos que o mesmo causa nos indivíduos e nas suas interações sociais.

Tendo como referência este monopólio da medicina para identificar e classificar a doença e o progressivo alargamento do olhar médico a novas áreas, contribuindo para um crescente entendimento de cuidados de saúde com cuidados médicos, torna-se igualmente necessário refletir sociologicamente sobre os processos da medicalização, biomedicalização e psiquiatrização da hiperatividade infantil, visto o modelo biomédico (sintomas, diagnóstico e cura) ser o privilegiado no domínio da doença, deixando de parte aspetos os sociais que podem estar na base de alguns problemas que, pela via da medicalização, deixaram de ser de carácter social e passaram para o domínio patológico e, logo, médico. É sociologicamente relevante não apenas desconstruir estes processos, identificar os seus agentes e os seus

interesses, mas também refletir sobre as suas consequências para os indivíduos (neste caso, crianças) e para a sociedade.

De acordo com dados consultados em jornais *online* de referência do nosso país, o número de crianças diagnosticadas com esta perturbação, em Portugal, tem aumentado significativamente ao longo dos anos. Como tal, há a questionar: por quê? Porque comportamentos como a desatenção, impulsividade e hiperatividade são considerados problemáticos? Como se deu a passagem para o domínio médico? Porque o número de casos de crianças hiperativas tem aumentado expressivamente ao longo das últimas décadas? Como são vividos pela criança e família o diagnóstico e a doença? Se os medicamentos não curam esta perturbação, então porque é que a opção medicamentosa é privilegiada? Em que pressupostos, os médicos, se baseiam para diagnosticar a PHDA?

Na tentativa de responder a estas e outras questões que vão sendo colocadas ao longo da investigação, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- 1) Perceber e interpretar a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) enquanto categorização médica com contornos sociais;
- 2) Perceber os aspetos que estão subjacentes à medicalização destes comportamentos e seus efeitos.

A partir destes objetivos gerais desenharam-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar com particular relevo a perspetiva que os pais possuem da PHDA;
- b) Examinar qual o grau de relevância da prioridade da solução médica;
- c) Compreender por que certos comportamentos infantis (nomeadamente a PHDA) passam a ser determinados como patológicos e as consequências dessa categorização;
- d) Perceber, para além do tratamento farmacológico, se existe e se é contemplado outro tipo de acompanhamento para crianças com PHDA;
- e) Perceber em que pressupostos os médicos diagnosticam a PHDA.

Esta investigação é composta por duas partes. A primeira parte referente à análise teórica, dividida em três capítulos, e a segunda parte alusiva à análise do material empírico, decomposta em dois capítulos.

O capítulo I, da primeira parte, visa analisar a construção social da hiperatividade através de diversos pontos, sendo eles: o surgimento histórico da PHDA; a descrição da PHDA no século XX; a nosografia da PHDA definida tanto pelo DSM como pela CID; são apresentados os sintomas, diagnóstico, prevalência, etiologia e fatores da condição; assim como os comportamentos e tratamento da perturbação. Aqui não se pretende dar uma “visão médica” da PHDA, mas sim abordar questões sociais que tipicamente estão arredadas da sua visão biomédica.

No capítulo II aborda-se a questão dos *media* portugueses. Neste ponto pretende-se, através da análise de várias notícias *online* dos jornais portugueses, perceber de que modo os meios de comunicação social (que são o meio de estes assuntos chegarem ao público) contribuem na construção social que os leigos possuem da PHDA, enquanto produtores de significado e difusores de imagens sobre a hiperatividade e hiperativos.

No capítulo III discute-se os conceitos de medicalização, biomedicalização e psiquiatrização da hiperatividade infantil. Temos assistido à transferência de uma série de condições para a esfera do controlo social médico que antes eram consideradas problemáticas e hoje são conotadas como “doenças”. Como tal, afigura-se necessário abordar o processo da medicalização (seus níveis, motores, etc.), para perceber a transformação e reconfiguração para o termo biomedicalização, que é o que mais se enquadra na perturbação referida. Por fim, é abordada a questão da psiquiatrização, de forma a mostrar como somos indivíduos psiquiatrizáveis.

O capítulo I da segunda parte relaciona-se com as questões empíricas, sendo apresentado o modelo de análise, as opções metodológicas e as técnicas de investigação utilizadas, bem como uma caracterização da amostra.

No capítulo II analisam-se os dados recolhidos ao longo da investigação. Por se reconhecer a sensibilidade do tema em análise e as questões éticas que se colocariam à possibilidade de serem as crianças os participantes no estudo, optou-se por entrevistar mães das crianças com a referida perturbação. São igualmente entrevistados profissionais médicos.

Parte I - Discussão e fundamentação teórica

Capítulo I - A construção social da Hiperatividade

1. Surgimento histórico de uma perturbação

A Perturbação¹ de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é, hoje, a perturbação neuro-comportamental mais frequente na infância (Boavida et al., 1998; Daley et al., 2008; Mills, 2010), a qual ao longo da história tem sido alvo de inúmeras controvérsias, tendo sofrido algumas alterações consideráveis. Data de 1902 o primeiro estudo realizado por George Still acerca desta temática, no entanto, o comportamento de crianças tem vindo a ser observado como desviante desde o final do século XIX e início do século XX (Brancaccio, 2000).

De acordo com Brancaccio (2000), antes do envolvimento do estado na educação, o regime de escolaridade, em grande parte, refletia a divisão social de uma sociedade dominada por latifundiários aristocratas e capitalistas mercantes, onde as crianças de classe média e alta eram educadas em casa por professores particulares e em escolas de elite, como colégios e liceus. Já para as crianças de classe popular, o termo ‘escola’ referia-se a uma variedade de experiências que raramente iam para além da aprendizagem de alguns rudimentos de alfabetização, dependendo, em grande parte, da igreja local dominante, da elite local, modo de vida local e dos recursos gerais da comunidade. A escola era então vista como uma instituição que pertencia apenas às crianças de classe média e alta.

Havia um contingente de crianças que ainda estava ‘fora’ do sistema escolar e que nitidamente tinha de ser ‘reforçado’. A primeira questão com que as autoridades educacionais e professores tiveram de lidar foi com a imposição de padrões de frequência escolar, isto é, convencer os pais a mandar os filhos para a escola de forma regular. A legislação que introduziu a educação obrigatória embutiu a responsabilidade nos pais com uma grande dose de cumprimento e cooperação. Para as crianças irem à escola, era necessário que os pais as ‘dispensassem’ de deveres familiares durante o horário escolar, sendo que a frequência escolar vinha a ganhar prioridade sobre o trabalho. Se os padrões de hoje parecem autoevidentes, no período em consideração representou uma transformação revolucionária nos padrões de vida das famílias, visto que, em meados do século XIX, a maioria da população europeia estava envolvida no trabalho agrícola e as crianças, mesmo em idade precoce, contribuíam para a economia doméstica (Brancaccio, 2000).

¹ Nesta investigação optou-se por utilizar o termo ‘perturbação’ tendo em conta a bibliografia portuguesa. O termo ‘disorder’ é igualmente traduzido para ‘transtorno’ de acordo com outros autores. Como tal, serão utilizados ambos os termos em consideração se se trata de uma citação (ou não).

Por esta e outras razões, houve uma elevada resistência dos pais que estavam relutantes em enviar os filhos para o sistema escolar. Mesmo décadas após a introdução da escolaridade obrigatória, autoridades educacionais e professores tiveram que lidar com a interferência que o trabalho sazonal colocou na frequência escolar. Para além disso, outro forte fator de oposição, para os pais, é que as áreas industriais estavam a desenvolver-se e as oportunidades de emprego eram maiores para as crianças do que para os progenitores, visto que as crianças eram uma força de trabalho mais barata, mais hábil e mais ágil do que os seus pais. No entanto, apesar disso, as taxas de escolaridade vinham a ser cada vez mais crescentes e a frequência escolar começou a tornar-se ‘normalidade’ na vida das crianças. O impedimento escolar, por parte dos progenitores, começou a ser definido como um problema criado por pais irresponsáveis, surgindo o conceito de “mau pai” que é essencial para compreender a distância e as tensões entre certos tipos de estilo de vida familiar (agrária ou industrial) e as novas exigências disciplinares introduzidas pela escola. Foi no contexto dessas tensões que o problema de alunos “indisciplinados” inicialmente surgiu (Brancaccio, 2000).

Até final do século XIX, a maioria dos países conseguiu colocar uma grande parcela de alunos nas salas de aula. Os alunos foram divididos em grupos etários heterogêneos e colocados sob responsabilidade dos professores (note-se que algumas crianças não estavam habituadas a experiências escolares). As escolas tinham que ter uma organização ordenada e eficiente, a fim de transmitir os princípios corretos de conduta e valores morais. O “método individual” em que cada criança era ensinada particularmente fora abandonado pelo “método simultâneo”, em que as crianças eram ensinadas ao mesmo tempo pelo professor. Este processo implicava que praticamente todos os alunos seriam capazes e estariam dispostos a entender (e cumprir) as instruções do docente no mesmo ritmo, centrando sua atenção sobre o professor durante a aula. Entretanto diversos problemas foram surgindo, como a incapacidade ou incumprimento das regras disciplinares na escola, e a punição passava pelo castigo físico (como por exemplo, reguadas ou golpes de canas) para disciplinar e educar as crianças (Brancaccio, 2000).

As crianças que estavam acostumadas com a liberdade de movimento e a uma certa independência, que era típica do campo, foram obrigadas a permanecer num espaço confinado e eram constantemente monitorizadas. Ter que lidar com uma transição brusca entre dois mundos (a escola e os compromissos familiares) e suportar longas horas de imobilidade física, obrigando-se a concentrar a atenção em uns quantos assuntos que pareciam irrelevantes para a sua vida, não deve ter sido tarefa fácil para estas crianças. Como consequência, a simples manutenção da ordem se tornou a parte principal e mais difícil da tarefa do professor (Brancaccio, 2000). De acordo com Maynes (in Brancaccio, 2000), no início da escolaridade obrigatória, o problema de manter a disciplina escolar foi agravado pela sobrepopulação na sala de aula. Na maioria dos países, as autoridades educativas, teoricamente, tinham fixado o número máximo de crianças por sala de aula em cerca de 50 alunos, mas o número real de crianças por sala de aula muitas vezes era quase o dobro.

A instituição “escola” foi estabelecida como um posto avançado da civilização que pretendia transformar “camponeses em cidadãos” onde era pretendido melhorar a ordem social. Alunos indisciplinados, no entanto, trouxeram os hábitos desordenados de suas famílias e comunidade envolvente para o interior da escola tornando-se, obviamente, uma fonte de preocupação para as autoridades educacionais. Para as escolas, não havia soluções fáceis para o problema de crianças rebeldes, se eles não eram manifestamente doentes mentais ou se eles não tinham tendências delinquentes. Alunos disruptivos (juntamente com os alunos que pareciam intelectualmente incapazes de seguir os ensinamentos) precisavam ser devidamente geridos. Não é surpreendente que as autoridades educacionais consultassem médicos e psiquiatras como os principais especialistas no campo, visto que os médicos já haviam promovido medidas públicas para o saneamento escolar, alertando para os efeitos potencialmente nocivos da educação escolar sobre a saúde física e mental de crianças - estarem sentadas em mesas durante longas horas num período crucial do desenvolvimento físico; leitura em condições de pouca luz; expostas a “pressão mental”, entre outros (Brancaccio, 2000).

Foi a partir desse momento que a psiquiatria começou a tratar de “problemas mentais” em crianças onde até então, durante a primeira metade do século XIX, raramente tinham sido objeto de atenção psiquiátrica. Estes alunos facilmente foram classificados como ‘idiotas’ ou ‘imbecis’ (dependendo da gravidade do seu estado) sendo considerados ‘incuráveis’. No entanto, durante as últimas décadas do século, a tendência mudou repentinamente, e as deficiências mentais de crianças, bem como uma gama de comportamento da criança rebelde e perturbadora, tornou-se foco de crescente preocupação médica relativamente à insuficiência intelectual da criança e a uma grande variedade de outros comportamentos que as crianças produziam num quadro mais amplo de referência do que aquele associado com problemas emergentes no ambiente escolar. O quadro de alargamento foi também ligado com a situação teórica e institucional da psiquiatria no final do século XIX (Brancaccio, 2000).

Na década de 1880, alguns psiquiatras começaram a estudar patologias mentais em crianças e avaliar a possibilidade de educar crianças ‘anormais’ em asilos. Esta noção de “criança anormal” era utilizada como um termo genérico para cobrir a população heterogénea que sofre de uma variedade de condições, tais como epilepsia ou uma vasta gama de patologias (graves ou severas). Embora o foco principal fosse a educabilidade de crianças ‘idiotas’ ou ‘imbecis’, vários pesquisadores, tais como Bourneville e De Sanctis (in Brancaccio, 2000), observaram que os epilépticos e os “defeituosos mentais”, embora exibindo diferentes graus de instabilidade no seu comportamento e capacidades de atenção, tinham níveis normais ou até mesmo notáveis de inteligência. Dado este fator, as crianças passaram a ser classificadas como ‘impulsivas’ ou ‘instáveis’ (Brancaccio, 2000).

2. Descrição da PHDA no século XX

De acordo com diversos autores (Clarke, 2011; Neto, s/d; Brant e Cravalho, 2012; Brzozowski et al., 2010, Fish, 2004), foi em 1902 que o pediatra George Frederick Still analisou e descreveu um grupo de vinte crianças com condições psíquicas anormais, as quais possuíam uma incapacidade anormal de manter sua concentração e inquietação. A investigação deste psiquiatra é considerada a primeira descrição médica detalhada da PHDA, tendo argumentado que algumas crianças pareciam apresentar “patologias de controlo mental”.

Foi na década de 1930 que se obteve uma primeira ligação dos sintomas, do que hoje conhecemos como PHDA (impulsividade, distração e desatenção), assim como a descoberta da ação dos medicamentos psicostimulantes na redução desses mesmos sintomas. O tratamento da PHDA teve então início no final da década de 1930, quando Charles Bradley, em 1937, descreveu o efeito terapêutico de anfetaminas no controlo de distúrbios comportamentais em crianças desordenadas a nível da conduta. Resultou no desenvolvimento de estimulantes, verificando-se um efeito dramático sobre os sintomas sociais e comportamentais da desordem. Ainda nessa década, as observações realizadas foram feitas em pacientes com lesões cerebrais, levando à denominação de “lesão cerebral mínima” (*minimal brain damage*). Com o passar dos anos, não foram encontradas lesões orgânicas nessas crianças e o termo *damage* foi substituído por *dysfunction*, passando a ser designado de “disfunção cerebral mínima” (*minimal brain dysfunction*). O termo foi caindo em desuso passando, entre as décadas de 1950 e 1960, a ser definido como “síndrome hipercinética”. Com o surgimento da segunda edição do DSM (1968) a condição passou a ser descrita como “reação hipercinética da infância ou adolescência” (Fish, 2004; Neto, s/d, Brzozowski et al., 2010).

Na década de 1960, o poder de observação do médico tornou-se mais sintonizado com as pequenas variações do comportamento das crianças. Rapidamente os observadores se tornaram cientes de que a síndrome seria derivada de uma base genética do mau funcionamento dos sistemas biológicos, em vez de maus pais ou mau comportamento. O estudo da doença continuou a fortalecer-se e, com ele, os pais e as próprias crianças foram absolvidos de qualquer responsabilidade pela perturbação (Fish, 2004). Nos anos 70, a definição da perturbação começou a incluir sintomas mais subtis, como a distração e impulsividade, ao invés de apenas hiperatividade. A PHDA passou a ser tratável a partir de medicação estimulante, embora não se saiba ao certo como funciona. Este foi também o período de duvidar da existência da síndrome, e foi visto por alguns como uma desculpa para justificar os maus comportamentos das crianças e desculpabilizar os seus progenitores (Hallowell e Ratey, 1994 in Fish, 2004).

Em 1980, com o surgimento do DSM-III, a denominação passou a ser “perturbação de déficit de atenção”. Em 1987, com a revisão do DSM-III-R, o termo utilizado é “Perturbação e Déficit de Atenção/Hiperatividade”. Nos dois últimos manuais (DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000) a expressão, tal como a conhecemos nos dias de hoje, é “Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção” (Fish, 2004; Neto, s/d, Brzozowski et al., 2010).

3. Nosografia da PHDA definida pelo DSM e CID

Na primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais* (DSM-I, de 1952) não há menção específica à PHDA. Na década seguinte, no DSM-II (1968), a “reação hipercinética da infância ou adolescência” é descrita por hiperatividade, inquietação, distraibilidade e diminuição da capacidade de focar a atenção, com diminuição no período da adolescência (Neto, s/d).

Nos anos 1980, com o surgimento da terceira edição do DSM, a PHDA fica melhor caracterizada com critérios de diagnóstico mais definidos e delimitados. O manual classificou esta nova categoria por “Distúrbio Hiperkinético da Infância”, podendo ser dividido em dois subtipos: “com hiperatividade” e “sem hiperatividade”, na qual os níveis de atividade das crianças eram tidos em conta e vistos como fundamentais na sua caracterização. A lista de sintomas que devem ser considerados para o diagnóstico é estabelecida, assim como outros fatores e aspectos, tais como a idade de início, antes dos 7 anos de idade, duração de pelo menos 6 meses e diagnósticos de exclusão. Em 1987 o manual é revisto e passa a designar-se DSM-III-R onde se torna visível a reemergência da hiperatividade como elemento central do distúrbio, assim como problemas de atenção e impulsividade. Aqui não há uma divisão por subtipos mas sim pelo grau de gravidade da doença (leve, moderado e grave) de acordo com cada caso (Fish, 2004; Neto, s/d; Melo e Quintais, 2011; Brzozowski et al., 2010).

No DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000), a forma classificatória da desordem é “Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção” (PHDA), onde “ambos referem que a característica essencial da perturbação é um contínuo padrão de falta de atenção e/ou hiperatividade que se deve demonstrar mais grave em uns sujeitos do que em outros com um nível de desenvolvimento semelhante” (Melo e Quintais, 2011:15). Neste caso, o diagnóstico é elaborado a partir de uma lista de 18 sintomas (9 deles de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade), sendo necessária a presença de, pelo menos, 6 sintomas de desatenção ou 6 de hiperatividade/impulsividade para preencher devidamente os critérios de diagnóstico da doença. O manual nosológico DSM-IV-TR (2000) apresenta, à semelhança da sua anterior versão, três subtipos: predominantemente desatento; predominantemente hiperativo-impulsivo e combinado (junção de todos os sintomas) (Neto, s/d; Melo e Quintais, 2011; Brzozowski et al., 2010). O quadro 1 apresenta os critérios do DSM-IV-TR para o diagnóstico de PHDA.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para a PHDA²

| Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção |
|--|
| <p>1) ou 2);</p> <p>(1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>Falta de atenção:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamento de oposição ou por incompreensão das instruções);(e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;(f) com frequência evita, sem repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);(g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;(i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas. <p>2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p>Hiperatividade:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) com frequência movimentava excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inapropriado fazê-lo (em adolescentes e adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);(d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;(e) com frequência «anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»;(f) com frequência fala em excesso. <p>Impulsividade:</p> <ul style="list-style-type: none">(g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;(h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;(i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades de outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos). |
| <p>Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causaram défices surgem antes dos 7 anos de idade.</p> |
| <p>Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).</p> |
| <p>Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo no funcionamento social, académico ou laboral.</p> |
| <p>Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).</p> |

² Quadro reproduzido a partir de DSM-IV-TR (FERNANDES, João Cabral (2002:92)).

Datam do final do século XIX, as primeiras tentativas de uma classificação internacional de doenças e causas de morte onde a forma atual se estrutura com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948. Nessa época surge a Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID) da OMS, na sua 6ª edição. Tanto na 7ª versão (1955) como na 8ª edição (1965) não existe uma referência específica à PHDA, referindo-se vagamente a distúrbios comportamentais na infância (Neto, s/d:17).

Só na 9ª edição (1975) é que a CID passa a caracterizar melhor as perturbações mentais e a “síndrome hipercinética da infância” é caracterizada por “pouca concentração e distraibilidade. Na infância chama a atenção a hiperatividade, mal organizada e regulada. Na adolescência, esta pode ser substituída por hipoatividade. Impulsividade, flutuações do humor e agressividade são comuns” (CID-9, 1975 in Neto, s/d:18). Em vigor desde 1992, na CID-10, a desordem é classificada de “perturbação hipercinética”, no âmbito das “perturbações comportamentais e emocionais com início na infância e adolescência”. São considerados um “grupo de transtornos” com origem precoce, caracterizado por “falta de persistência nas atividades que requerem envolvimento cognitivo, tendência para passar de uma atividade a outra sem completar a primeira, associada à atividade excessiva, desorganizada e desregulada” (CID-10, 1992 in Neto, s/d:18).

De acordo com Iriart e Ríos (2012:1015-6), o registo classificatório mais comum utilizado na Europa para realizar diagnósticos de PHDA é a CID-10, enquanto nos EUA se aplica o DSM. O uso da definição de PHDA da última versão do DSM-IV gera mais casos diagnosticados desta perturbação, variando entre 5% e 10%, enquanto se for usada a definição de PHDA da CID-10, a prevalência varia entre 1% e 2%. Isto sucede porque o diagnóstico da PHDA usado pela CID-10 é mais restritivo e requer uma maior precisão sintomatológica. A CID-10 solicita que a criança apresente sintomas nas três dimensões de PHDA (inatencção, hiperatividade e impulsividade), sendo que estes sintomas devem observar-se tanto na escola como em casa. Em contraste, usando o DSM-IV, pode-se diagnosticar PHDA, a crianças que manifestem sintomas numa só dimensão, por exemplo, desatenção. Outro elemento controverso do DSM-IV são os laços financeiros de seus atores com a indústria farmacêutica. Sendo o principal meio de tratamento a solução farmacológica, a indústria farmacêutica tem sido muito eficaz em convencer os seguros de saúde de que os tratamentos com medicamentos são menos dispendiosos que as terapias psicológicas e/ou outras.

Neste momento, existem dois conjuntos de regras formais utilizados por médicos no diagnóstico de PHDA, sendo eles, o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico, Quarta Edição, texto revisto) e a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição). De acordo com Rohne et al. (2000, in Brant e Carvalho, 2012:627), “os sistemas classificatórios modernos utilizados em psiquiatria, CID-10 e DSM-IV, apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o transtorno, embora utilizem nomenclaturas diferentes (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no DSM-IV e transtorno hipercinéticos na CID-10)”.

Encontram-se em curso as revisões para a CID-11 e o DSM-V, bem como as avaliações de campo que, nos próximos anos, devem trazer novos critérios nosográficos para a PHDA nas diversas fases da vida: infância, adolescência e adulto.

4. Sintomas e Diagnóstico

Existem três divisões de tipos de sintomas da PHDA: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Sintomas de desatenção incluem fracasso para completar e organizar tarefas, fácil distração, etc.; os sintomas de hiperatividade incluem, entre outros, inquietação e falar em demasia; a impulsividade envolve precipitação nas respostas e interromper em momentos inoportunos.

Quando existe uma suspeita de PHDA, numa avaliação abrangente é necessário estabelecer um diagnóstico, excluir outras causas possíveis e determinar a presença ou ausência de condições semelhantes. De acordo com Boavida et al. (1998), não existem efeitos no exame físico ou resultados de exames laboratoriais que possam confirmar ou contestar um diagnóstico de PHDA, sendo que o diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais expressos através dos pais, professores e/ou uma breve análise no consultório médico. Tendo em conta a nosografia do DSM-IV, desenvolvida pela Associação Americana de Psiquiatria, para atender aos critérios de diagnóstico de PHDA, os sintomas devem ser evidentes por pelo menos 6 meses, com início antes dos 7 anos de idade, verificando-se em diferentes contextos, nomeadamente a casa e a escola. Portanto, 6 dos 9 sintomas de desatenção ou 6 ou mais dos 9 sintomas de hiperatividade-impulsividade devem ser observados.

Com base nestes critérios, os três tipos de PHDA são identificados: “tipo combinado” - onde é diagnosticado se os critérios tanto para desatenção e hiperatividade-impulsividade são presenciados; “tipo predominantemente desatento” - é diagnosticado se os critérios de desatenção forem verificados (mas não os de hiperatividade-impulsividade); e “tipo predominantemente hiperativo-impulsivo” - se os critérios de hiperatividade-impulsividade forem observados. Segundo Boavida et al. (1998) a inespecificidade de grande parte dos sintomas da PHDA torna o diagnóstico diferencial problemático, visto que o processo implica não só determinar se os critérios diagnósticos estão presentes, mas também se há sinais ou sintomas de qualquer outra perturbação associada. Ou seja, não pode haver dúvidas no diagnóstico de PHDA ou ser confundido com outro transtorno.

5. Prevalência, Etiologia e Fatores

A PHDA é a perturbação neuro-comportamental mais frequente na criança e, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, não existe um consenso por parte dos autores relativamente à percentagem de crianças portadoras do transtorno. Estima-se que a PHDA afeta, a nível

mundial, entre 3% a 6% (Daley et al., 2008), 3% a 7% (Mills, 2010), 2% a 10% (Fish, 2004), 5,29% (Charach, 2010), 3% a 20% (Boavida et al., 1998), 3% a 6% (Graham, 2006) e 3% a 6% (Brzozowski et al., 2010) de crianças em idade escolar. Perante estes dados, tentou-se perceber se existia uma relação causal e exponencial entre as datas dos referidos estudos e as percentagens apresentadas, no entanto, sem sucesso. De acordo com Charach (2010), estas estimativas de prevalência podem variar de acordo com os métodos de verificação e/ou critérios de diagnósticos utilizados e, em geral, as estimativas são muito semelhantes de país para país.

No que diz respeito ao género³, a totalidade dos autores acima citados encontra-se em acordo, mencionando que os meninos são mais propensos do que as meninas de serem diagnosticados como hiperativos. De acordo com Giddens (2001:519), durante muitos anos, as meninas foram, em média, melhor sucedidas do que os rapazes, em termos de desempenho escolar. No entanto, nos anos 80, os rapazes passaram a ter melhor aproveitamento escolar do que as raparigas. Investigadores feministas, preocupados com tal situação, desenvolveram uma quantidade de estudos reveladores do modo como o género influencia o processo de aprendizagem. Contudo, a situação voltou a mudar sendo que, desde os inícios dos anos 90, as raparigas eram melhores alunas que eles. Algumas teorias são apontadas na tentativa de explicar as diferenças de género no meio escolar, sendo a mais propensa para este estudo, que “as raparigas são muitas vezes consideradas como mais bem organizadas e mais motivadas que os rapazes, e são também vistas como amadurecendo mais cedo. Uma manifestação disto é que as raparigas tendem a relacionar-se entre si conversando e usando a sua capacidade verbal. Por outro lado, os rapazes socializam de uma maneira mais activa através do desporto, jogos de computador e passando o tempo no recreio da escola, sendo tendencialmente mais perturbadores na sala de aula” (Giddens, 2001:521-2).

Desde cedo as crianças vão interiorizando as normas e perspetivas sociais que correspondem ao seu género, principalmente através da sua família. Esta construção de identidade encontra-se vincada em muitos aspetos do dia-a-dia. Por exemplo, as lojas de brinquedos têm uma secção de meninos (com carros, bolas, etc.) e outra de meninas (com bonecas, acessórios de moda, entre outros). Quando um menino brinca com uma boneca, pode receber uma ‘sanção’ negativa (“os meninos não brincam com bonecas”) em que, através dela, vai aprendendo a desempenhar um papel que se espera dele. Perante isto, esta “socialização de género” (Giddens, 2001) pode ser um fator importante e explicativo para o facto de os meninos serem maioritariamente diagnosticados com PHDA, em comparação com as meninas. Apesar dos inúmeros estudos já realizados nesta área, as causas da PHDA ainda se encontram desconhecidas. A ideia mais comum aceite pelos estudiosos do tema é de que existem fatores genéticos e ambientais que influenciam o desenvolvimento da doença, que de algum modo vão explicar por que algumas crianças estão em maior risco para a expansão de PHDA

³ Em sociologia, o termo sexo refere-se às diferenças anatómicas e fisiológicas que definem o corpo masculino e o corpo feminino. Por género, entende-se as diferenças psicológicas, sociais e culturais entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino (Giddens, 2001:109).

(Brzozowski et al., 2010; Fish, 2004; Daley et al., 2008). Segundo Brzozowski et al. (2010:898), em relação à genética, existem hipóteses que relacionam vários genes com uma vulnerabilidade à perturbação, que se poderia vir a desenvolver, ou não, de acordo com as condições ambientais.

Ainda de acordo com a base genética, supõe-se que o surgimento da PHDA esteja relacionado com a alteração de um ou mais neurotransmissores (em particular a dopamina e noradrenalina), podendo estar relacionada com este distúrbio comportamental. Portanto, existem diferenças subtis, quer na estrutura, quer na função cerebral dos indivíduos com PHDA. Contudo, os dados existentes relativos à relação entre PHDA e neurotransmissores ainda são muito escassos (Boavida et al., 1998; Brzozowski et al., 2010). Sendo que, inicialmente o comportamento problemático das crianças era tido em conta como uma irresponsabilidade dos pais, com o surgimento de uma nova causa para a PHDA, houve uma transferência de causas teóricas de comportamento problemático fora da esfera social para o cérebro individual. Ou seja, uma narrativa de ‘cérebro-culpa’ tornou-se o principal meio de absolvição para os pais de crianças com PHDA e do tipo de conduta (Singh, 2004). Apesar deste fator ainda não se encontrar devidamente explicado, tornou-se particularmente útil na atribuição de uma causa neurológica à PHDA e na desculpabilização dos pais e da própria criança (Boavida et al., 1998).

Embora os fatores genéticos e ambientais sejam o que, segundo alguns autores, melhor explica a PHDA, segundo Illina Singh (2008), outros fatores também merecem devida atenção, encontrando-se pouco estudados. Para a autora existem importantes influências sociais no diagnóstico de PHDA, tais como fatores demográficos - etnia; fatores geográficos - acesso a serviços de psiquiatria; fatores sociais - acesso à escola, estatuto socioeconómico, entre outros.

É ainda necessário realizar muita pesquisa relativa à etiologia da PHDA, no entanto, possíveis fatores causais (como a genética, biologia, social, moral, familiar e escolar) são apontados como os principais agentes de responsabilidade na PHDA. Outras possíveis razões são alistadas como causadoras de hiperatividade em crianças, entre as quais: iluminação fluorescente, ver televisão, falhas alimentares (como corantes alimentares ou deficiência ferropénica sendo que, segundo alguns estudos, o ferro é o responsável pela produção de dopamina e noradrenalina); falta de exercício físico, fracas competências parentais, diminutas condições escolares, entre outras (Fuller, 2004; Brzozowski et al., 2010).

6. Comportamentos e tratamento

A PHDA é um fenómeno relativamente recente e, antes do século XX, características que hoje são consideradas como problemáticas - como a agitação, impulsividade e hiperatividade - eram vistas como comportamentos normais (Brzozowski et al., 2010). Na mesma perspetiva, Boavida et al. (1998) advogam que cada criança é diferente, cada caso é um caso, e que o grande desafio é distinguir “disfunções” de variações normais relacionadas com o sexo, idade

e características comportamentais. No fundo, o que distingue o comportamento “normal” de uma criança de um comportamento “desviante”, logo, doença?

Perante isto, percebe-se que os conhecimentos científicos e as práticas em saúde têm tornado o limiar entre saúde e doença, entre o normal e o patológico, muito tênue (Brzowski et al., 2010:899). Se um indivíduo adotar um comportamento indesejado pela sociedade (em geral), facilmente é rotulado como “depressivo” ou “louco”. No caso específico das crianças, se elas se comportam de maneira ‘diferente’ do desejado, ou se o aproveitamento escolar não é o pretendido, o rótulo pode ser de “hiperativo”. De acordo com Blech (2005, in Brzowski et al., 2010:899) isso acontece porque os altos e baixos naturais da vida e comportamentos até então considerados normais são convertidos em estados patológicos. Ou seja, assistimos a uma cada vez maior medicalização da diferença⁴, do desvio, dos comportamentos que se afastam do que, em determinado contexto social, é entendido como socialmente esperado e, logo, “normal”.

A maioria das crianças aprende a ler e escrever numa determinada faixa etária e, aquela que não o faz dentro do paradigma esperado e juntamente com as restantes crianças, facilmente pode ser considerada como desviante. Visto que o limiar entre o normal e o patológico se encontra muito tênue, se a criança é tida como desviante pode ser considerada anormal, logo, doente. Geralmente é na escola que, em comparação com os demais, os professores detetam determinadas características do comportamento da criança que se encaixa na PHDA, e é de lá que saem, grande parte, dos encaminhamentos para os profissionais de saúde. “Uma condição necessária para que se tenha uma vida social é que todos compartilhem das mesmas normas, previamente estabelecidas” (Brzowski et al., 2010:899). Quando alguma regra é quebrada, neste caso, quando a criança não aprende a ler e/ou escrever dentro do “período normal”, algo tem de ser mudado.

Quando uma criança é conotada de “anormal”, encaminhada para profissionais de saúde e diagnosticada como hiperativa, segue-se um caminho, sendo ele, em sua grande maioria, farmacológico. A prescrição de medicamentos a crianças com PHDA é o principal recurso para o tratamento e controlo de seus sintomas, fazendo com que haja uma associação entre PHDA e fármaco.

De acordo com Brant e Carvalho (2012), a anfetamina surge em 1887, sintetizada pela primeira vez na Alemanha onde anos mais tarde foi utilizada pela medicina para “aliviar a fadiga”, descongestionamento nasal, asma e estimulante do sistema nervoso central. Pesquisadores observaram que a benzedrina (derivada da anfetamina) melhorava o comportamento das crianças agitadas, inquietas e desatentas descobrindo, no início da década de 1940, o metilfenidato. Com esta substância, pretendia-se melhorar o rendimento físico e intelectual. O metilfenidato foi sintetizado por Leandro Panizzon na Suíça, sendo patenteado em 1954 e comercializado nesse mesmo ano como um psicostimulante leve. O nome Ritalina deve-se ao apelido da esposa do farmacêutico Panizzon (2012:625).

⁴ Assunto discutido no segundo capítulo

Quando o metilfenidato foi descoberto, “não havia um diagnóstico específico para seu uso. Era indicado para tratar a fadiga presente em vários quadros psiquiátricos, como também para minimizar o cansaço em idosos” (Ortega, 2010 in Brant e Carvalho, 2012:627), sendo posteriormente aplicado ao diagnóstico de PHDA. Portanto, para os autores, primeiro inventou-se o remédio (metilfenidato) e só depois a doença (PHDA). Como referenciado anteriormente, Charles Bradley analisou o efeito terapêutico da anfetamina, verificando um efeito calmante em crianças extremamente agitadas e com “maus comportamentos”. É preciso salientar que esse controlo farmacológico sobre as crianças da experiência de Bradley, “nada mais é do que a potencialização do desempenho escolar, o controle das emoções e manifestações corporais, a inserção dessas crianças nas atividades da instituição e relações com outros indivíduos e a obediência, exigências sociais que definiam e ainda definem as “boas crianças”. Entretanto, essa vertente social foi desvalorizada em vista das potencialidades médicas do composto, as quais também caracterizam o metilfenidato” (Barbarini, 2011:107).

Só na década de 1980 é que o metilfenidato (ou Ritalina[®] como é comercialmente conhecido) foi associado à PHDA, permanecendo, até aos dias de hoje, como o principal meio terapêutico do diagnóstico cujo propósito é diminuir a inquietação motora, aumentar a concentração, atenção e memória. De acordo Barbarini (2011:107) a Ritalina[®] tem vindo a ganhar cada vez mais popularidade, porque oferece uma resposta positiva a inúmeros casos de crianças diagnosticadas com PHDA, controlando os seus sintomas (desatenção, impulsividade e hiperatividade). Mas será que a Ritalina[®] é a solução? A este respeito, a autora (2011:108) sustenta que o metilfenidato carrega um significado simbólico de cura que, quando administrado, permite que o medicamento seja visto como algo positivo e benéfico, mesmo que não se conheçam as consequências de seu efeito. Porém, outro aspeto necessita ser referenciado: o controlo de indivíduos. Ou seja, no caso da PHDA, o metilfenidato é encarado como “um novo dispositivo de controle de vidas de crianças cujos comportamentos são socialmente desaprovados e percebidos como incómodos. Isso significa que, medicadas, as crianças portadoras da perturbação podem tornar-se corpos dóceis, educados, quietos, atentos, enquadrados em regras sociais e em padrões comportamentais socialmente definidos como adequados e desejáveis” (Barbarini, 2011:108). A agitação, impulsividade e hiperatividade é justificável se a criança não se encontrar medicada mas, uma vez medicada, essa fundamentação torna-se inválida. Mas será que a medicação beneficia mais as crianças ou os pais e professores?

Brant e Carvalho (2012) advogam que o metilfenidato se trata de um fármaco com características intrínsecas de uso, passível de múltiplas controvérsias e interpretações acerca da sua real eficácia. O tratamento da PHDA durante a infância é um tema relativamente controverso, devido às potenciais consequências acerca do efeito medicamentoso. De acordo com os referidos autores, o metilfenidato pode revelar-se altamente propenso à dependência (em caso de uso prolongado), no entanto, ainda não existem certezas quanto à sua veracidade. A este respeito, Fish (2004) alerta para o facto de a Ritalina[®] se aproximar do

efeito da cocaína porque ambas possuem o mesmo propósito: aumentar a atenção. Mills (2010) apresenta relatos de potenciais efeitos cardiovasculares, problemas de fígado, cancro, dependência e abuso de substâncias, entre outros. Por outro lado, a Ritalina[®] encontra-se associada ao aumento da produtividade (escolar ou profissional) e/ou à expectativa de melhor desempenho social. A Ritalina[®] é descrita tanto de forma positiva como de maneira negativa, existindo pouca discussão de alternativas ao tratamento farmacêutico, havendo quem louve a eficácia dos produtos farmacêuticos e quem se preocupe com os potenciais efeitos colaterais. Mas, se os fármacos podem causar efeitos colaterais nas crianças, porque ainda é “a” solução? Porquê a sua aceitação enquanto tratamento primário?

Talvez por ser, segundo Graham (2006), a solução mais rápida, mais barata em vez de um longo processo de psicoterapia, aconselhamento familiar e/ou procura de outros fatores que contribuem para tal comportamento. Em Portugal existem atualmente três medicamentos para o tratamento da PHDA, sendo eles a Ritalina[®], a Concerta[®] e o Rubifen[®]. Empregando um conceito de Conrad (2005), o cuidado gerenciado⁵ incentiva diagnósticos categóricos e rápidos e tratamentos baratos, ao invés de terapia comportamental.

Apesar de a medicação ser o modelo terapêutico com maior impacto na PHDA, constituindo uma forma privilegiada de tratamento, outras terapias também são apresentadas, apesar de haver pouca discussão relativa a este tema. De acordo com Juliana Stroh, psicóloga clínica e psicopedagoga brasileira, a “arteterapia é uma abordagem na qual a arte é utilizada como meio de expressão e exteriorização de sentimentos, permitindo que sejam confrontadas as angústias e potencializando a criatividade do paciente” (Fagali, 2005 in Stroh, 2010:84), onde o principal objetivo é promover a autodescoberta das cores, imaginações e fantasias, etc. através da representação artística. Nesta terapia, a finalidade é que as crianças com PHDA mantenham a sua atenção nas tarefas exigidas através do desenvolvimento intelectual, pessoal e social.

Para além desta alternativa à solução medicamentosa, Boavida et al. (1998:28) sugerem que a criança hiperativa está, pelas suas características comportamentais, exposta a um *stress* acrescido durante as suas tarefas escolares, e, necessita, por isso, de desenvolver atividades extra curriculares: futebol, ciclismo, escutismo, artes marciais ou outras. Para os autores (1998:28), a prática de um desporto permite não só gastar o aparente excesso de energia, mas também criar um contexto para a aquisição de competências sociais, o cumprimento de regras, a melhoria da condição física e a ocupação de tempos livres.

Fazendo uma breve pesquisa pela internet, com o intuito de encontrar alternativas à medicação, algumas sugestões são oferecidas. Por exemplo, um estudo da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra comprovou que brincar 10 minutos diários com os filhos em idade pré-escolar, de forma cooperativa, contribui para reduzir distúrbios de comportamento nas crianças⁶. Estudo esse realizado em Portugal onde se

⁵ Conceito analisado no capítulo seguinte

⁶<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/estudo-filhos-comportamento-disturbios-criancas/1440029-4071.html>

verificou uma redução da hiperatividade e déficit de atenção em crianças entre os 3 e 6 anos de idade. Outro exemplo apresentado nos meios de comunicação é a música, que pode melhorar o comportamento do nosso cérebro⁷. Esta pesquisa está a ser realizada nos Estados Unidos, e os investigadores advogam que estar num grupo musical pode melhorar a habilidade de concentração através do ritmo, pelo que talvez a prática musical se possa converter numa “intervenção não farmacológica como problemas de PHDA”.

7. Classificações da PHDA na biomedicina e suas consequências sociais

Talcott Parsons (1951), na sua obra “The social system”, elucida-nos para o “papel do doente” (*sick role*) delimitando os direitos e obrigações esperados de pessoas que se encontram doentes, na sociedade. A doença, na nossa sociedade, pode legitimamente ser considerada como um tipo de comportamento desviante já que é uma ameaça ao bom funcionamento do todo.

Para o autor (1951:436-7) existem quatro aspetos (deveres e obrigações) relativos à institucionalização do “papel do doente”. Em primeiro lugar, a isenção de responsabilidade. Esta isenção requer uma ‘desresponsabilização’ social, do doente, visto este ter um papel ‘definido’ por possuir uma situação enferma legitimada pelo médico. Assim como no primeiro aspeto, o segundo requer, igualmente, uma isenção de responsabilidade do doente, visto estar numa condição em que necessita de “ser cuidado”. Isto é, a sua condição deve ser alterada assim como a sua atitude (atitude essa que funciona como uma mediador para a aceitação de ajuda).

O terceiro elemento é relativo à definição da doença como algo indesejável e à obrigação, do doente, de ficar bem e de assegurar que o seu estado é o mais temporário possível. Como último aspeto, Parsons (1951), aponta a obrigação para procurar ajuda tecnicamente competente, isto é, espera-se que o doente procure ajuda médica e siga estritamente as suas instruções. Caso não o faça, não existe *sick role* pois não há legitimação, por parte da sociedade, da sua condição como doente.

Assim sendo, o *sick role* refere-se ao padrão de comportamento que é esperado por alguém que se encontra doente, em que o indivíduo tem de (re)agir de acordo com o que a sociedade espera dele na tentativa de repor a ‘normalidade’ através da cura. De acordo com Parsons (1951), a doença era concebida como uma forma de desvio e os indivíduos rotulados como “desviantes” do sistema social. Os profissionais de saúde são os responsáveis pelo rótulo, pois são eles quem diagnostica os indivíduos como ‘doentes’ (ou não). Embora esteja subjacente, à noção de *sick role*, uma ‘desculpabilização’ pelo papel do doente, nem sempre a adoção desse papel social consegue evitar um rótulo estigmatizante.

De acordo com Goffman (2008) os gregos criaram o termo estigma “para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (2008:11). Quando um indivíduo não cumpre o que se

⁷ <http://musicaenaoso.blogs.sapo.pt/100274.html>

espera dele, ou seja, quando existe alguma expectativa social que, por algum motivo, não é cumprida, devido a um desvio ou a algum atributo, a questão do estigma surge. O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso (Goffman, 2008:13).

Resumindo, o rótulo é uma marca ou particularidade atribuída a um indivíduo (ou grupo) sobre uma dada condição, normalmente, indesejada. Sendo a doença um atributo indesejado, o estigma é um rótulo negativo que possui características de avaliação social negativas que desprestigia o seu possuidor.

No mesmo seguimento, o filósofo Ian Hacking (2006, in Brzozowski et al., 2010:892) sustenta que o nosso mundo é um mundo de classificações, ou nomes, que têm efeitos particulares quando se referem a comportamentos de pessoas. Um indivíduo pode estar consciente de sua classificação e, com isso mudar o seu comportamento. Torna-se particularmente interessante compreender de que forma um nome ou diagnóstico pode vir a influenciar o comportamento dos indivíduos, em especial, de uma criança. Neste ponto irá ser dado um foco principal ao texto de Brzozowski et al. (2010) pois estes autores elucidam-nos acerca desta questão.

Um indivíduo doente significa um a menos no contingente dos aptos e férteis e, quando diagnosticado, é rotulado, passando a fazer parte de um procedimento padronizado. A doença tem sido usada como fator explicativo para os desvios de indivíduos dentro da sociedade - fenômeno que os autores (2010:900) designam de biologização - e tratada, em sua grande maioria, medicamente. O processo de biologização tem sido muito usado no meio escolar, fazendo com que a responsabilidade do mau aproveitamento escolar recaia sobre as doenças. "Ao biologizar questões sociais, todo o sistema social se torna isento de responsabilidade" (Brzozowski et al., 2010:900). Na escola, por exemplo, questões de nível social e pedagógico facilmente se deslocam para causas e soluções médicas, passando a ficar fora do alcance escolar. Ou seja, as crianças que são muito ativas e que não prestam atenção como deveriam, podem possuir problemas de saúde (Brzozowski et al., 2010).

Por diversos motivos, o tratamento desses comportamentos indesejáveis no meio escolar como um problema médico foi, e continua a ser, bem-aceite socialmente. No caso dos médicos, por exemplo, a terapêutica passa pela prescrição de um medicamento e, do ponto de vista clínico, os resultados podem ser notáveis. Também como verificado anteriormente, o diagnóstico de PHDA indica uma doença possível de ser tratada, o que diminui a responsabilidade e culpabilização dos pais. Para além disso, frequentemente, o medicamento torna a criança menos agitada na sala de aula e, muitas vezes, facilita a aprendizagem, ficando também resolvido o problema na escola (Conrad e Schneider, 1992, in Brzozowski et al., 2010:900).

As crianças com PHDA são um grupo de indivíduos que partilham o mesmo problema que possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. "Muitas vezes o indivíduo ou sua família, no caso do TDAH, passam a ver certas características de

classe como problemas somente após o diagnóstico” (Brzowski et al., 2010:900). Um exemplo de instituição que confirma (ou não) a doença é o DSM. Através da lista de sintomas do DSM e dos comportamentos apresentados, esses critérios são interpretados pelo especialista que detém o poder de decidir quem é doente e quem não é, neste caso, quem apresenta características de PHDA e quem é “normal”. O diagnóstico é essencialmente clínico, em que o especialista se baseia apenas no seu conhecimento teórico e técnico, nos critérios do DSM e nas informações provenientes das pessoas mais próximas das crianças (Brzowski et al., 2010).

Apesar de, ao longo da pesquisa bibliográfica realizada, não haver referência específica da especialidade/especialista a quem cabe a pericialidade do diagnóstico e tratamento da PHDA, tem-se conhecimento, através de informação em *sites* de hospitais⁸ e clínicas, que é a pedopsiquiatria a área medicamente mais indicada. A pedopsiquiatria (também conhecida como Psiquiatria da Infância e Adolescência) é uma especialidade médica responsável pela avaliação e tratamento de perturbações do foro emocional e comportamental da infância e adolescência. Tal não significa que outros especialistas, como pediatras do desenvolvimento ou outros, não se encontrem habilitados a diagnosticar a PHDA, pelo que o referido diagnóstico não é monopólio da pedopsiquiatria.

Com o diagnóstico de PHDA atribuído e, geralmente, com o medicamento prescrito, a criança regressa ao seu quotidiano - casa e escola - com um transtorno psiquiátrico, muitas vezes sem ter condições de entender o seu significado. É a partir daqui que o comportamento da criança passa a estar justificado, não sendo mais uma criança irrequieta, mal comportada ou até mesmo mal-educada, mas sim uma criança doente. “As atitudes das pessoas ao seu redor se modificam em função do diagnóstico e das características consideradas como devidas à doença. Essa mudança afeta a criança com TDAH, fazendo com que ela mesma se veja de forma diferente (...) se perceba como doente e aja como tal” (Brzowski et al., 2010:901).

Para além da aplicação de um rótulo e uma possível estigmatização, existem outras possíveis consequências sociais inerentes à categorização médica de uma criança ‘diferente’ para uma criança ‘doente’, nomeadamente o risco (ou a vulnerabilidade) à exclusão social que estas crianças podem vir a ser alvo.

De acordo com Augusto e Simões (2007:6-7), devido à intensificação dos processos de globalização, as formas de desigualdade social, nas últimas três décadas, aumentaram, complexificaram-se e diversificaram-se. Neste sentido, segundo as autoras, as desigualdades humanas são inerentemente desiguais. As desigualdades sociais passam a ser percecionadas como ilegítimas quando evidenciam níveis que estão abaixo de padrões considerados aceitáveis na sociedade em causa, entrando-se, assim, no domínio da exclusão social.

Entende-se por exclusão social, “as formas pelas quais os indivíduos podem ser afastados do pleno envolvimento na sociedade. (...) A exclusão e inclusão podem ser vistas em termos económicos, políticos ou sociais” (Giddens, 2001:325). Para o autor, a exclusão social significa uma rede social limitada ou fraca, levando ao isolamento e ao contacto mínimo com

⁸ <http://www.chcbeira.pt/?cix=545&ixf=seccao&lang=1> (consultado em 29/04/2013).

outros (2001:327). No seguimento da mesma linha de pensamento Capucha (2005:77), advoga que “exclusão social” se baseia essencialmente na questão das oportunidades de participação social dos indivíduos (2005:77). Como tal, um indivíduo é considerado socialmente excluído quando se encontra impedido de participar plenamente na vida social, económica e política e/ou quando não possui rendimentos ou recursos suficientes para usufruir de uma vida considerada aceitável na sociedade em que vive.

A exclusão social ou vulnerabilidade à exclusão social irá ser analisada tendo em conta três dimensões: privação, desqualificação social e desafiliação (Augusto e Simões, 2007). Anteriormente à análise das dimensões apresentadas, é necessário fazer uma abordagem ao conceito de vulnerabilidade que “não se refere à coincidência entre um conjunto de atributos sociais e a experiência de situações de pobreza ou exclusão social, mas apenas à probabilidade maior de àqueles atributos se associarem tais situações” (Capucha, 2005:166). Na sua obra, Capucha (2005) apresenta uma lista com alguns grupos-alvo mais vulneráveis à exclusão social, tais como: pessoas com deficiência, imigrantes, idosos, famílias monoparentais, jovens em risco, entre outros. No entanto, ao se analisar esta lista, há que ter em conta que a realidade tem vindo a mudar ao longo dos anos, o que significa que, nos dias de hoje, possam existir outros grupos-alvo, tanto ou mais vulneráveis à exclusão social, como jovens licenciados à procura do primeiro emprego; trabalhadores com baixos rendimentos, portadores de doenças estigmatizantes, crianças diagnosticadas como hiperativas e/ou outra perturbação, entre outros. Assim sendo, a realidade tem-se vindo a alterar sendo que, a exclusão social poderá alargar-se a outros grupos, independentemente do seu grau de escolaridade, *status*, entre outros.

Retomando as dimensões da exclusão social, em primeiro lugar, “a noção de «privação» diz respeito ao acesso a recursos materiais. Esta dimensão remete para a tradição de estudo da pobreza entendida como insuficiência de recursos para manter condições de vida socialmente aceitáveis” (ISS, Tipificação das Situações de Exclusão em Portugal Continental, 2005:26 in Augusto e Simões, 2007:10).

Em segundo lugar, “a desqualificação social é definida como o «descrédito a que são sujeitos aqueles que não participam na vida económica e social, designando também os sentimentos subjetivos da situação que experienciam no curso da sua vivência social e também as relações sociais que estabelecem entre eles e com os outros»” (Ibid:26 in Augusto e Simões, 2007:10).

Por fim, “a ideia de desafiliação remete para a conceptualização de Robert Castel (1991). Este autor propõe uma classificação que distingue os estatutos em função da pertença às ordens do trabalho e socio-relacional. Entende que as situações de pobreza são o resultado ou efeito de situações que conjugam dois vetores: um eixo de integração (não integração pelo trabalho) e um eixo de inserção (não inserção numa sociabilidade socio-familiar)” (Ibid:27 in Augusto e Simões, 2007:11).

Tendo em conta o conceito de «desqualificação social», este encontra-se relacionado com a incapacidade de participar na vida económica e social. A escola, juntamente com a família, é uma instituição de socialização fundamental que vai condicionar o conjunto de valores e

padrões comportamentais, e influir de forma significativa na construção da identidade, na autoestima ou na capacidade de construir projetos de vida (Augusto e Simões, 2007:56-7).

Já no que diz respeito ao conceito de «desafiliação», este refere-se à possível quebra de laços sociais ao nível do Estado, trabalho, família e comunidade. São os laços sociais que possibilitam que a sociedade, a comunidade e o indivíduo/família mantenham a plena integração numa sociedade. Isto significa que se um indivíduo começa a quebrar laços sociais, aumenta a vulnerabilidade de ingressar no domínio da exclusão social.

Ao serem analisadas as dimensões relativas à exclusão social, existem duas que potencialmente (não necessariamente) podem ser associadas com o objeto de estudo desta investigação, isto é, crianças diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Sendo a criança identificada, pela escola, como hiperativa devido ao excesso de atividade motora ou pelo insucesso escolar, existe a possibilidade de desqualificação e desafiliação, uma vez que a escola desprestigia a criança ao ser conotada de ‘não normal’, visto que os padrões de comportamentos não são os esperados. A partir daí, poderá desenrolar-se uma trajetória de estigmatização, com as consequências de desqualificação já descritas, e também com o risco da perda de laços sociais com a escola, contribuindo, assim, para aumentar a vulnerabilidade ou o risco à exclusão social⁹. Para além disso, no caso das crianças hiperativas, ao não manifestarem interesse pela escola, nomeadamente devido ao facto de se sentirem diferentes, e caso exista o abandono escolar, existe a possibilidade de uma entrada na espiral da exclusão social. Como tal, existe um risco de exclusão social destas crianças.

⁹ No Jornal de Notícias de 19.08.2013, uma matéria jornalística intitulava-se: “Saber brincar com os filhos reduz birras e hiperatividade”. A notícia proferia acerca de um programa americano (Anos Incríveis), já realizado em diversos países e estudado ultimamente em Portugal, com o objetivo de, entre outros aspetos, “evitar futuro de exclusão social”. Um dos objetivos do programa é precaver trajetórias desadaptativas que podem começar com problemas na escola e terminar em exclusão social, uso de drogas e gravidezes precoces. Uma especialista em Psicologia da Educação de Coimbra e uma das responsáveis pelo projeto no nosso país, alerta-nos que “a medicalização desresponsabiliza a criança, os pais e o sistema. Pior, põe um rótulo à criança - é hiperativo - que só contribui para a exclusão social”. Este projeto encontra-se em estudo em Coimbra e no Porto, com o objetivo de reduzir os comportamentos de oposição e desafio e também de hiperatividade em crianças, primeiramente aplicado através de sessões às famílias das crianças, bem como aos educadores dessas mesmas crianças.

Capítulo II - Os *media* portugueses: modos de (des)escrever a PHDA

O termo “comunicação” deriva do latim *communicare* que significa “partilhar, participar algo, tornar comum, trocar opiniões, notícia”¹⁰. Os meios de comunicação social, mais conhecidos por *media*, são, em boa parte, responsáveis pelo conhecimento sobre qualquer assunto, fazendo-o chegar ao grande público por meio da comunicação em massa: as notícias de televisão, a rádio, os jornais e revistas ou outras formas de comunicação como o cinema ou a internet. De acordo com Cabral (2002:70), “na sociologia da comunicação existe a preocupação de perceber qual a relevância que os *media* assumem na construção da imagem que os indivíduos formam da realidade social”. Por isso mesmo, sobre o que informa a comunicação social, de que maneira o faz e que consequências isso tem para a construção de imagens sobre uma dada realidade?

Uma das formas de se tornar perceptível a crescente acuidade da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é a cada vez maior atenção que lhe é dada pelos meios de comunicação. “Diariamente somos bombardeados e envolvidos por informações, através de imagens e sons que, de uma forma ou de outra, tentam criar, mudar ou cristalizar atitudes ou opiniões nos indivíduos. É o efeito dos meios de comunicação de massa (MCM) em nossas relações sociais” (Alexandre, 2001:113). E é através destas informações, que os *media* vinculam, que o público constrói o significado social da hiperatividade.

Títulos como “Saúde mental: Hiperatividade é a perturbação mais diagnosticada nas crianças em Portugal” (Jornal de Notícias, 18/05/2010); “Dispara venda de medicamentos para crianças hiperativas” (Diário de Notícias, 04/05/2012); “Crianças hiperativas - Hiperativos, os bons rebeldes” (Correio da Manhã, 28/01/2007); “Alerta: perturbação afecta 50 mil em Portugal - crianças hiperativas sem diagnóstico” (Diário da Manhã, 06/02/2006), são apenas alguns dos exemplos, entre muitos outros, que não podem deixar de influenciar a opinião que o público leigo tem da PHDA.

De acordo com Manuel Villaverde Cabral (2002) uma das áreas com maior visibilidade na comunicação social é a saúde, onde os *media* detêm um papel fundamental na formação da opinião acerca das questões relacionadas com a saúde. E a hiperatividade, sendo ela definida como uma perturbação, torna-se matéria de interesse. Assim sendo, pretende-se aqui verificar quais os contornos da visibilidade temática da hiperatividade infantil em diversos jornais de referência no nosso país (entre eles, *Jornal de Notícias* (JN), *Diário de Notícias* (DN), *Correio da Manhã* (CM), *Diário dos Açores* e uma revista farmacêutica online

¹⁰ Definição de acordo com Barbosa, G. & Rabaça, C. (1987), Dicionário de Comunicação. São Paulo: Ática, in Alexandre, 2001.

(www.rcpharma.com)¹¹), verificando tanto o fluxo informativo apresentado como os principais significados que são produzidos em torno desta temática.

Acontecimentos relativamente recentes fizeram com que a hiperatividade nas crianças voltasse a ser notícia nos *media* - “cafeína é benéfica para o tratamento da hiperatividade infantil” (Diário dos Açores, 10/05/2012); “Criança de seis anos impedida de frequentar escola por ser hiperativa” (JN, 23/05/2012) ou “Falta de Rubifen pode levar crianças a chumbar” (DN, 03/05/2012). Qualquer uma destas notícias foi apresentada nos diversos noticiários televisivos e jornais como sendo de máxima importância, tanto pelo feito da descoberta científica de um novo tratamento farmacológico da hiperatividade através da cafeína; como pelo facto de, pela quarta vez num só ano, uma criança ser impedida de frequentar as aulas devido à sua doença; ou mesmo pela rutura de *stock* de medicamentos que são descritos como ajudando as crianças hiperativas a se concentrar.

De acordo com Giddens (2001), os jornais têm uma ampla influência nas nossas experiências (pessoais e sociais) e na opinião pública, não apenas por afetarem as nossas atitudes de várias formas, mas também porque são os meios de acesso aos conhecimentos de que dependem muitas das nossas atividades sociais. O jornal teve sua origem em panfletos e folhas de informação impressas e difundidas desde o século XVIII. Só no século XIX é que o jornal se tornou um diário com milhões de leitores por todo o mundo. No entanto, com a globalização e aparecimento de outros meios de comunicação (como a televisão, rádio, etc.), o jornal em papel, - que era uma das vias principais de fazer chegar a informação ao público em geral - deixou de pertencer à preferência da via de comunicação, por parte dos indivíduos. A informação noticiosa, atualmente, encontra-se disponível *online* quase instantaneamente e permanece em constante atualização ao longo do dia, podendo aceder-se gratuitamente à leitura de muitos jornais *online* (2001:456-7).

Estes são apenas alguns exemplos da forma como os *media* fazem chegar a informação acerca da hiperatividade nas crianças às pessoas. Mas não são os únicos. O cinema e a TV também são um meio importante através do qual é passada uma mensagem ao público acerca da doença. Por exemplo, ‘Dennis, o Pimentinha’ é uma personagem de desenho animado caracterizado por ser um menino irrequieto, trapalhão e, ao mesmo tempo, inteligente. Outra personagem caracterizada pela sua hiperatividade é a *Dory*, do filme ‘Nemo’, que vive no mundo da lua, é irrequieta e uma ótima companheira. Também na série infanto-juvenil de maior sucesso da TV, “Morangos com Açúcar” (4ª série 2006/2007¹²), foi retratado um menino, ‘Alex’ de 14 anos de idade, filho de pais separados e hiperativo.

O aparecimento da televisão foi um fenómeno mundial importante na era das novas tecnologias de informação e comunicação. Nos dias de hoje praticamente todos os lares possuem, pelo menos, um aparelho de televisão sendo este, o meio utilizado pela maioria da

¹¹ Foram seleccionados estes jornais de referência em Portugal visto que se pretendia verificar algumas notícias acerca da hiperatividade no contexto português. Tratou-se de uma pesquisa *online* em que as palavras-chaves foram: “hiperatividade”, “crianças”, “Ritalina”, entre outras, não sendo possível verificar o fluxo noticioso em outros jornais *online* (igualmente de referência), não se tratando, assim, de uma pesquisa exaustiva.

¹² http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Elenco_de_Morangos_com_A%C3%A7%C3%BAcar

população para se manter informado acerca dos acontecimentos (inter)nacionais. Note-se que a população encontra-se cada vez mais exigente com o nível de informação, visto que atualmente a TV deixou apenas de transmitir programas nos quatro canais genéricos (RTP1, RTP2, SIC e TVI) passando a abarcar uma televisão por cabo com mais canais e outro tipo de informação. As telenovelas, são, segundo Giddens (2001:464), outro meio utilizado pela televisão para fazer chegar uma determinada mensagem ao público. As telenovelas possuem uma narrativa na qual muitas pessoas se podem rever, ou até mesmo aperceber de certos aspetos aos quais não teriam dado a devida atenção. Se uma novela abordar o tema da hiperatividade, por exemplo, provavelmente muitas mães (já que são as mulheres o público que mais assiste a telenovelas) que se encontram na situação da personagem ‘mãe’ com o ‘filho hiperativo’, podem detetar alguns indícios de hiperatividade nos seus próprios filhos. É com estas imagens que indivíduos podem construir o significado social da doença.

Em Portugal, não é comum encontrar um artigo de jornal, de revista ou peça televisiva sobre a hiperatividade infantil. E “o uso de estatísticas é cada vez mais frequente, e artigo que não as contemple parece carecer de sustentação. Trata-se, de facto, de um recurso cada vez mais frequente, que tem o intuito de tornar as informações mais objectivas, de dar aos relatos um cariz mais científico” (Augusto, 2004:38). Serão 100 mil hiperativos (www.rcpharma.com, 22/10/2012)? Serão entre 35 a 50 mil crianças portuguesas que sofrem de hiperatividade, um problema que afecta 3% a 7% das crianças em idade escolar (CM, 01/03/2010)? Ou serão 50 mil crianças hiperativas em Portugal (CM, 06/02/2006 e 28/01/2007)? No entanto, de acordo com Augusto Carreira (presidente da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, APPIA), em Portugal “não há números concretos e fiáveis nem estatísticas” sobre as perturbações pedopsiquiátricas que afectam crianças e adolescentes (hiperatividade com défice de atenção e depressão, respetivamente), porque os diagnósticos “são muito complexos” (DN, 18/05/2010).

A incerteza quanto à veracidade destes dados irá permanecer visto que “ao contrário do que exige o rigor científico que parece estar subjacente à apresentação destes números em nenhum dos artigos referenciados foram mencionadas as fontes das estatísticas usadas” (Augusto, 2004:39). E portanto, de onde são retirados estes números e que validade lhes podemos atribuir?

Os *media* de hoje são fundamentais para o conhecimento e compreensão sobre vários aspetos da vida quotidiana, incluindo questões sobre os riscos de vários diagnósticos, tais como a PHDA. A maioria das pessoas constrói um entendimento social do risco da doença através dos meios de comunicação (Clarke, 2011). Os hiperativos “são crianças inquietas, instáveis e incapazes de se concentrarem. Um segundo que seja. O que pedem é simples: não querem ser discriminados pela sociedade. Não estão a pedir muito. (...) Muitas vezes o que mais custa aos hiperativos é a forma como a sociedade os trata” (CM, 28/01/2007).

Os meios de comunicação populares desempenham um grande papel na formação do significado da doença, desde a década de 1980 o ‘objetivo principal’ dos *media* em relação à PHDA é instituir uma forma cética organizada e exhibir preocupações sobre as taxas de

tratamento psicotr6picos para as crian7as (Fuller, 2004). O uso de psicotr6picos nas crian7as hiperativas tamb6m 6 tema de interesse nos *media* - “o uso mundial de metilfenidato (conhecido tamb6m por ritalina), e que 6 usado para aumentar o d6fice de concentra73o e em situa73oes de hiperatividade, subiu 30% entre 2005 e 2009” (www.rcpharma.com, 04/03/2011); “o consumo de psicoestimulantes como metilfenidato e modafinil (subst4ncias da fam6lia das anfetaminas, que est4o na base de medicamentos como Modafinil e Modiodal, Ritalina, Concerta e Rubifen) subiu 34% nos 6ltimos dois anos” (www.rcpharma.com, 07/06/2010); “dados da consultora IMS-Health, para as transa73oes entre armazenistas e farm4cias, entre 2007 e 2011 o n6mero de unidades vendidas de Concerta, Rubifen e Ritalina (pr6ncipio ativo metilfenidato) aumentou 78% para 196 749 embalagens s3o no ano passado. Nos primeiros 3 meses deste ano foram vendidas cerca de 65 mil unidades deste medicamento, um aumento ligeiro em rela73ao ao primeiro trimestre de 2011 (61 200)” (DN, 04/05/2012); “Em 2004 foram vendidas 35.845 embalagens de metilfenidato e 104.424 em 2009” (DN, 13/01/2010) e em “2011 foram vendidas 203.523 embalagens” (www.rcpharma.com, 22/10/2012). Estes dados ser4o relativos ao nosso pa6s? Ser4a a partir destes valores feita a estimativa de crian7as hiperativas em Portugal? As vendas refletem os diagn3sticos de hiperatividade? Corresponder4o a diagn3sticos efetivos da PHDA? O que estar4 na origem deste crescimento abrupto de medicamentos vendidos? Ser4 que s4o os m6dicos e/ou os pais de crian7as irrequietas que se encontram mais predispostos a aceitar esta condi73ao como v4lida?

Da totalidade das not6cias analisadas, apenas uma mencionava os sintomas da PHDA. A not6cia profere: “s4o crian7as irrequietas, inst4veis e incapazes de se concentrarem. Um segundo que seja. (...) Os primeiros sintomas da hiperatividade s4o a falta de concentra73ao, excesso de energia, impulsividade, dificuldade em estar quieto, incapacidade para concluir uma tarefa e esquecimentos frequentes” (CM, 28/01/2007). Em que diferem estes ‘sintomas da hiperatividade’ de uma crian7a ‘normal’ de uma crian7a ‘doente’? Facilmente qualquer progenitor encaixa estes sinais no seu filho, deixando de ser um menino ‘travesso’ passando a ser um menino ‘doente’ ou com um ‘problema’.

O p6blico em geral constitui um grupo moderadamente c6tico e ambivalente de atores ‘leigos’, n4o dispondo, tipicamente, de recursos suficientes e motiva73oes para desafiar as reivindica73oes do conhecimento sobre a PHDA e, tendo como refer6ncia o contexto americano, n4o participa em ondas recorrentes de preocupa73ao patrocinado pelos *media* sobre usos crescentes de medica73ao estimulante para as crian7as, destacando a natureza conflituosa do diagn3stico (Fuller, 2004). Atrav6s das pesquisas efetuadas, podemos verificar que n4o 6 vis6vel uma preocupa73ao e contesta73ao p6blica da sociedade portuguesa 4 PHDA e suas contradi73oes, restringindo a sua validade, enquanto condi73ao, apenas aos sintomas apresentados sem qualquer questionamento. No entanto, 6 recorrente nos artigos jornal6sticos portugueses ser apresentado de forma clara e esquematizada os potenciais efeitos secund4rios que os medicamentos psicostimulantes podem causar em quem os toma.

Causas e consequências da PHDA são temas recorrentes nas matérias jornalistas: Tereza Guerra (pedagoga) advoga: “o modelo de “escola massiva” que subsiste em Portugal é uma das causas de tantos distúrbios nos mais jovens. As turmas estão sobrelotadas. As crianças sofrem porque são consideradas hiperactivas (...) e dão-lhes ritalinas (...) para ficar quietas” (JN, 22/05/2007); Augusto Carreira (presidente da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, APPIA) acrescenta, “no caso das crianças em idade escolar, a escola “mais do que a própria família, é o primeiro grande filtro de perturbações” (DN, 18/05/2010); “a hiperatividade é considerada uma das causas para o elevado insucesso escolar, que atualmente se verifica nas escolas e contribui para a difícil integração social das crianças” (CM, 06/02/2006); “Aluno aperta pescoço a professora - o jovem em questão provem de uma família desestruturada e apresenta sinais de hiperatividade” (CM, 18/04/2012). Nestas matérias jornalísticas, aborda-se a questão da hiperatividade que, no entanto, não pode ser discutida sem se perceber as causas sociais que se encontram ‘escondidas’, como pressões do meio escolar, os modelos familiares, os fatores socioeconómicos, entre outros. Ou seja, o foco destas notícias (e de outras) centra-se na hiperatividade, no entanto esta condição pode ser resultado de outras questões às quais não se dá o devido enfoque, nomeadamente fatores sociais e escolares.

Os meios de comunicação social são uma fonte particularmente importante de conhecimento público, de representações acerca de um determinado assunto ou tema, tornando-se uma influência decisiva na sociedade e na formação da opinião. Uma análise dos *media* sobre a PHDA é especialmente relevante dado o aumento significativo nas taxas de diagnósticos de PHDA em Portugal. Continua a ser a doença frequentemente diagnosticada como mental/comportamental/desenvolvimento entre as crianças e, apesar de sua aparente incerteza enquanto doença, é considerada uma condição “real” por cientistas bio-médicos e muitas outras partes interessadas (Malacrida 2003, Mayes et al., 2009 in Clarke, 2011). Os *media* podem ainda ser um lugar para apresentar e discutir pontos de vista onde “(...), os diferentes actores sociais envolvidos no campo da saúde podem recorrer - e recorrem, de facto, - aos *media* como plataforma para esgrimirem argumentos em favor dos seus interesses” (Cabral, 2002:71).

Geralmente existem diversas maneiras de definir uma dada situação como um problema. Por exemplo, a PHDA em crianças pode ser vista como um problema relacionado com o ensino nas escolas, famílias destruídas, má alimentação, falta de exercício físico, estilo de vida familiar, *stress*, pais ausentes, falta de tempo para brincar, ou uma junção de qualquer combinação de situações acima descritas. Declarações sobre os problemas sociais, assim apresentadas, selecionam uma interpretação específica da realidade a partir de uma pluralidade de possibilidades. E essa ‘realidade’ passa a dominar o discurso público que tem profundas implicações para o futuro do problema social, para os grupos de interesse envolvidos e para a política (Hilgartner e Bosk, 1988).

A cobertura jornalística de questões sociais, por exemplo, é influenciada por diversos fatores como a estrutura dos jornais, a importância da notícia, a organização dos *media* e agências

de notícias, pressões orçamentais e jornalísticas, dependência e vulnerabilidade e as principais fontes de informação, entre outros (Sigal 1973; Nelkin 1987 in Hilgartner e Bosk, 1988), e são os jornalistas quem decide o que é um acontecimento importante, o que é uma boa história e o que pode ser matéria de interesse para o público. Chama-se a isto “decidir o que é notícia”. Os *media* e, em particular os jornalistas através da sua prática profissional desempenham um papel essencial na discussão pública sobre a PHDA, por dois motivos essenciais. “Em primeiro lugar, porque as práticas profissionais e os recursos estratégicos utilizados pelos jornalistas conferem-lhes a capacidade de trazer para a discussão pública certos temas e não outros e de lhes atribuírem ou não relevância. Em segundo lugar, porque os procedimentos “naturalizados” que fazem parte do processo da actividade informativa tais como a selecção, reorganização, tratamento e apresentação dos artigos, não são isentos de intencionalidade e significação” (Lopes, 2000:326). A produção do conhecimento não pode ser entendida como uma função exclusiva da ciência, onde o seu discurso juntamente com o do jornalismo se interpenetra cada vez mais. Qualquer um destes discursos é uma produção social, sendo que nenhum deles é neutro (Augusto, 2004).

Visto a informação não ser neutra, imparcial ou isenta, “torna-se insustentável negar o papel activo que os jornalistas exercem na construção da realidade social. Só a cegueira provocada pela ideologia jornalística pode explicar que alguns jornalistas insistam em pretender que o seu trabalho se limita à identificação dos factos e à simples recolha e transmissão de ‘relatos’” (Traquina, 1995:213 in Lopes, 2000:326).

Nos diversos tipos de notícias, “a linguagem usada é mais simples, é comum o recurso a metáforas e analogias, evitam-se as explicações médicas e enfatizam-se as aplicações benéficas, em detrimento das teorias abstratas” (Augusto, 2004:37). Como exemplo disso, o recurso a metáforas é frequente - “o austero professor Monti é agora um político hiperativo” (DN, 12/01/2013); “imprensa hiperativa” (DN, 15/09/2012); “hiperatividade do sistema nervoso” (CM, 05/08/2012); “hiperatividade da bexiga” (CM, 18/04/2010). A falta de espaço numa coluna de um jornal, ou de tempo numa notícia televisiva faz com que os redatores se deparem com a necessidade de compactar ideias complexas numa linguagem que seja apelativa e de fácil acesso ao público leigo. Daí o uso de analogias utilizadas de forma a transmitir ideias associadas a certos acontecimentos, vivências e imagens previamente adquiridas.

Vivemos numa “sociedade da informação” onde os meios de comunicação se têm multiplicado em grande velocidade, gerando excesso de informações para a sociedade (Alexandre, 2001). Informação essa, através dos *media*, que é processada, manipulada e organizada na tentativa de criar interesse (curiosidade) ao público em geral. E neste sentido, “os meios de comunicação de massa tornam-se instrumentos fundamentais na produção da nova coesão social, exactamente porque lidam com a fabricação, reprodução e disseminação de representações sociais que fundamentam a própria compreensão que os grupos sociais têm de si mesmos e dos outros, isto é, a visão social e a auto-imagem” (Alexandre, 2001:116).

Apesar do forte impacto dos jornais e da televisão na difusão da informação transmitida ao público, nas últimas décadas, temos assistido a profundas transformações nas tecnologias com o surgimento da Internet. Segundo Giddens (2001:456) é a Internet que se encontra no centro da revolução das comunicações, tornando-se o canal por *excelência* de oferta de informação. A internet é um meio extremamente poderoso que ‘ajuda’ os pais de crianças hiperativas (ou potenciais) a construir o significado social da hiperatividade. À distância de um ‘clic’ é possível aceder ao mais complexo e detalhado conhecimento acerca de um determinado assunto. Se colocarmos “o meu filho é hiperativo?” ou “hiperatividade infantil” (entre outros) no motor de busca da internet, imediatamente surgem inúmeros *links* com testes ou informação acerca do assunto. Isto permite que os pais façam um pré-diagnóstico da condição (ou possível) do seu filho, levando-o pré-definido ao médico¹³.

Nos dias de hoje, é difícil imaginar como seria o mundo e o nosso dia-a-dia sem a televisão e a rádio, sem os jornais e revistas, ou mesmo outros meios que se encontram ao nosso dispor diariamente, fazendo parte de uma rotina e que nos são constantemente apresentados. De acordo com Alexandre (2001:112), “a comunicação deve ser estudada como um campo de problemas, na medida em que sua prática requer a superação da própria realidade. A preocupação não é mais com *o que* é comunicado, mas sim com a *maneira* com que se comunica e com o *significado* que a comunicação tem para o ser humano”. E é neste momento que se torna importante refletir acerca da pergunta inicial: sobre o que informa a comunicação social e de que maneira o faz?

Por um lado, os *media* não fazem mais do que corresponder à centralidade que a questão adquiriu na vida social contemporânea com um interesse crescente por todos os temas relacionados com a saúde e a doença e com informações sobre descobertas científicas e novos tratamentos (Cabral, 2002). “Por outro lado, estes temas não são tratados nos *media* de forma diferente de todos os outros, sendo os critérios que servem para seleccionar os «acontecimentos» relacionados com a saúde os mesmos que definem o resto da «actualidade». Acresce, como é sabido, que os meios de comunicação social não se limitam a informar sobre saúde; também geram opinião, actuando, inclusivamente, como elementos de pressão e podendo acabar por desencadear actuações que afetarão as políticas de saúde e, consequentemente, a população” (Cabral, 2002:70).

Nem todos os assuntos são matéria de discussão nos *media* sendo apenas alguns “temas mais susceptíveis do que outros de serem notícia, concretamente os temas associados a determinadas características (ou «valores»), tais como a «espetacularidade», a «grandiosidade», a «negatividade», a «controvérsia», a «proximidade», a «novidade», etc.” (Cabral, 2002:90). Ao se analisar as notícias nos diversos jornais que foram seleccionados, podemos perceber que a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção não é exceção à regra.

¹³ Assunto debatido no capítulo da biomedicalização.

Capítulo III - Medicalização, Biomedicalização e Psiquiatrização da Hiperatividade Infantil

1. Medicalização como processo social

A medicalização como processo histórico é um tema muito amplo que tem sido abordado em diversas áreas de estudo e por distintos cientistas sociais. Como um dos seus pioneiros, Ivan Illich (1977) designou por “medicalização da vida” o processo pelo qual os médicos ocupam e tratam problemas que dizem respeito ao bem-estar humano, ou seja, a problemas associados a características intrínsecas da vida: tais como a sexualidade, a infertilidade, a obesidade, o envelhecimento, o comportamento problemático das crianças, ou até mesmo o alcoolismo e a dependência e outros comportamentos, não aceitáveis socialmente, que antes eram apenas considerados problemáticos e que hoje são categorizados como “doenças”.

O termo medicalização refere-se a dois processos inter-relacionados. O primeiro referente a certas condições ou comportamentos a que são dados significados médicos, isto é, são definidos em termos de saúde e doença; em segundo lugar, a prática médica torna-se o veículo para eliminar ou controlar experiências problemáticas que são definidas como desviantes, assegurando, assim, a conformidade às normas sociais (Riessman, 1994 in Augusto, 2004:47).

O processo de medicalização, de acordo com Conrad e Scheider (1980), ocorre em, pelo menos, três níveis de controlo: conceitual, institucional e interacional (interação médico-paciente). O nível conceitual ocorre aquando da utilização de vocabulário ou modelo médico para regular ou definir problemas; o nível institucional sucede quando o problema é legitimado como uma questão médica pelos profissionais de saúde; no nível interacional, os médicos encontram-se diretamente mais envolvidos. Medicalização ocorre aqui como parte de interação médico-paciente, quando o médico define um problema como médico (ou seja, através de um diagnóstico médico) e determina uma certa terapêutica (Conrad, 1992:211).

Talcott Parsons (1951) - um dos pais do funcionalismo estrutural - pesquisou os significados sociais da saúde e investigou o papel da medicina não apenas como um conjunto de técnicas, mas também como um meio de controlo e regulação social. O autor, de pensamento marcadamente conservador, percebia a sociedade como um equilíbrio mantido por normas e valores que estavam em constante luta contra os processos que ameaçavam seu bom funcionamento, como o crime e a doença. O objetivo de qualquer sociedade, para Parsons, era alcançar a manutenção do equilíbrio permanente. A doença era então concebida como uma forma de desvio, e a medicina, que tinha o objetivo de lutar contra as doenças, era uma instituição de manutenção do equilíbrio social (in Gaudenzi e Ortega, 2011:25). “Através dos conceitos de “papel social” e “papel de doente” (*sick role*) o autor desenvolveu a ideia de que o papel social de doente evoca um conjunto de expectativas padronizadas que definem as normas e os valores apropriados ao doente e aos indivíduos que interagem com ele. Nesse

esquema, a norma é sempre reforçada e o desvio é sempre punido (Parsons, 1951). A ideia que está por trás desse esquema é a de curar os doentes, sendo a cura sinónimo de normalidade. O desvio deve ser reprimido, os indivíduos devem ser medicalizados e normalizados” (Gaudenzi e Ortega, 2011:25).

A definição de medicalização encontra-se longe de ser consensual entre os teóricos críticos relativamente ao grau de influência, “motores”, agentes e elementos que a constituem. Como tal, existem definições mais “simples” e outras mais “complexas” de medicalização. Illich (1975), no seu livro «*Nêmesis da Medicina*» lança uma forte crítica à medicina moderna e aborda o processo de medicalização a partir da noção de “imperialismo médico”. Para o autor, a medicalização da vida foi resultado da industrialização que trouxe consigo a profissionalização e burocratização da instituição médica. E, é neste sentido que o autor faz referência à noção de iatrogênese - iatros (médico) e genesis (origem) - para falar da nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. Illich apresenta três níveis de iatrogênese: clínica, onde as doenças são causadas pelos próprios cuidados de saúde, como os efeitos secundários não desejados dos medicamentos, intervenções cirúrgicas inúteis, negligência, entre outros; social, que se trata do efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina; e estrutural ou cultural, em que a medicina moderna retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico (Gaudenzi e Ortega, 2011:26-7).

Por sua vez, Michel Foucault, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina (Gaudenzi e Ortega, 2011:22). Em suas obras, o autor analisa o saber médico como um discurso de poder que, juntamente com outros dispositivos, forma parte do núcleo de estratégias tendentes à normalização dos corpos individuais e sociais. Foucault refere-se à ‘medicalização da sociedade’ como um processo geral a partir do qual a medicina se torna uma estratégia biopolítica implantando e expandindo o seu domínio a outras questões como o saneamento da água, a sexualidade, a alimentação e higiene (Foucault, 1996 in Faraone et al., 2010). Para o autor “a medicina moderna não se tornou individual, mas sim se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vista a controlar a sociedade. Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida - um biopoder - que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar” (Foucault, 2006a, 2002, 1995b in Gaudenzi e Ortega, 2011:22). Na mesma linha, Graça Carapinheiro (1991) sustenta que a analítica do poder de Foucault constitui o suporte teórico para a análise das relações entre o poder, o saber e o corpo, partindo da ideia do funcionamento conjunto e da fecundação recíproca entre saber e poder (Foucault, 1975, 1976, 1984 in 1991:85). Portanto, entende-se o poder médico como um poder-saber onde o discurso (linguagem) é o principal modo de *establishment* médico.

Ambos os autores foram importantes críticos do “modelo biomédico”, o qual afirmava que as patologias individuais e coletivas poderiam ser diagnosticadas e curadas de acordo com uma

conceção orgânica de saúde e doença. Tanto para Illich como para Foucault, os desviantes não eram vilões, mas sim vítimas de rotulagem e discriminação, invertendo completamente a posição ortodoxa da época. Eram os médicos, psiquiatras e cientistas que, através de seus conhecimentos e autoridade (saber-poder), fortaleciam a ordem dominante, segregando e patologizando o desobediente (Nye, 2003).

As contribuições de Peter Conrad são fundamentais para a compreensão do fenómeno da medicalização, providenciando o autor uma perspetiva diferente e com outros componentes. De acordo com Conrad, o ponto-chave deste processo está na definição de um problema em termos médicos, utilizando linguagem médica para descrevê-lo, adotando um quadro médico para entendê-lo e/ou utilizando a intervenção médica para tratá-lo. O corolário da medicalização é que “problemas não-médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou desordens” (Conrad, 1992 in Faraone et al., 2010:485).

Para Peter Conrad e Valerie Leiter (2004) existem inúmeros fatores sociais que têm incentivado ou incitado a medicalização, entre os quais a diminuição da religião, uma fé inabalável na ciência, racionalidade e progresso, uma dependência crescente de especialistas, e uma tendência geral humanitária nas sociedades ocidentais (2004:159). Sociólogos e outros analistas têm identificado fatores diretos que facilitam a medicalização. Em primeiro lugar, a “oferta” que é o prestígio e o poder da profissão médica que tem vindo a ganhar influência e autoridade ao longo dos séculos; por outro lado, a “procura” através de um crescimento na procura, por parte dos consumidores, por uma solução médica. Os pacientes tornaram-se mais informados, exigentes e críticos em relação ao atendimento médico. A internet facilitou o envolvimento dos consumidores oferecendo fácil acesso a informação relacionada com a saúde.

O debate sobre a medicalização nos últimos anos tem desenvolvido novos “motores de mudança” e “novos condutores” desses processos ao longo do tempo, incluindo a mudança do papel ou o declínio dos médicos; e o papel dinâmico das indústrias farmacêuticas e de biotecnologia. Para Conrad (2005:5) existem três “motores emergentes” de medicalização: a biotecnologia, os consumidores e o cuidado gerenciado (*managed care*). Várias formas de biotecnologia têm sido associadas com medicalização. Desde o facilitismo no parto a drogas para crianças distraídas, a tecnologia tem sido um facilitador no processo da medicalização. Estas tecnologias não eram a força motriz no processo de medicalização; facilitadora sim, mas não primária. Mas isso mudou. As indústrias farmacêuticas e de biotecnologia estão a tornar-se intervenientes da medicalização através da revisão no regulamento da Food and Drug Administration (FDA¹⁴) que permitiu uma maior utilização e promoção de medicamentos e facilitou a publicidade direta ao consumidor. O mesmo autor (2005) advoga que a genómica vai-se tornar cada vez mais importante no futuro e ter impacto na medicalização pois existe

¹⁴ Food and Drug Administration (FDA) é um órgão governamental dos Estados Unidos responsável pelo controlo de medicamentos, alimentos, cosméticos, etc. Qualquer produto novo tem de ser testado pela FDA de forma minuciosa antes de ser comercializado (<http://www.fda.gov/>).

uma grande demanda por melhorias, sejam elas para crianças, nossos corpos, ou nossas habilidades mentais e sociais. A promoção de testes genéticos pode também contribuir para medicalização. Um resultado positivo num teste genético - que atribui um gene a um determinado problema (alcoolismo, cancro, etc.) - pode criar um novo estatuto medicalizado de “potencialmente doente”.

Os consumidores de cuidados de saúde tornaram-se grandes intervenientes, e os hospitais e as instituições de saúde competem agora por pacientes como consumidores. A automedicação tem-se tornado cada vez mais comum, com doentes a adotar os seus problemas como médicos e, muitas vezes, pedindo diretamente uma solução médica específica. Os consumidores tornaram-se cada vez mais expressivos e ativos no seu desejo e procura de serviços. Indivíduos como consumidores, em vez de pacientes, ajudam a moldar o âmbito de aplicação, e às vezes a procura, de tratamentos médicos para os problemas humanos (Conrad, 2005:6).

O cuidado gerenciado (*managed care*) pode ser ao mesmo tempo um incentivo e uma restrição à medicalização. O cuidado gerenciado destina-se a reduzir os custos de saúde desnecessários, e isto foi claramente visível na esfera psiquiátrica, onde foi drasticamente reduzida a quantidade de cobertura de seguro para a psicoterapia disponível para indivíduos com problemas mentais e emocionais. Assim o cuidado gerenciado tornou-se num fator na utilização crescente de medicamentos psicotrópicos entre adultos e crianças. Parece provável que os médicos prescrevam tratamento farmacológico para transtornos psiquiátricos, sabendo que estes são os tipos de intervenções médicas abrangidas por planos de autogestão, acelerando tratamentos psicotrópicos para os problemas humanos (Conrad, 2005:7).

Segundo Deborah Potter e Peter Conrad (2000) algumas condições são quase totalmente medicalizadas (como por exemplo a morte e o parto), outras são parcialmente medicalizadas (por exemplo a dependência e a menopausa) e outras são minimamente medicalizadas (por exemplo o acréscimo sexual e a violência entre o casal). Uma dimensão do grau de medicalização é a elasticidade de uma categoria médica onde “enquanto algumas categorias são estreitas e circunspectas, outras podem expandir e incorporar uma série de outros problemas ou ser aplicadas a novas populações” (Conrad, 1992 in 2000:559).

Outra das contribuições centrais de Conrad (1992 in Faraone et al., 2010) deriva de sua análise das principais consequências da medicalização para a sociedade. Em primeiro lugar, a expansão crescente das áreas de incumbência da medicina, fomentada por uma indústria farmacêutica crescentemente poderosa e rentável; em segundo lugar, o uso de diversas tecnologias por parte da medicina para o tratamento do comportamento anormal.

Com uma das posturas mais radicais no que diz respeito a esta problemática, Thomas Szasz defende que a medicalização não é medicina, nem ciência; é uma estratégia semântica e social, que beneficia algumas pessoas e prejudica outras. O autor sustenta que se no passado as pessoas mais injuriadas eram os pacientes com padecimentos mentais, hoje em dia a situação é mais complexa, já que qualquer um pode, em algum momento, ser albergado pela medicalização (Szasz, 2007b in Faraone et al., 2010). Para o autor, as sociedades ocidentais atuais estão guiadas e controladas pela ciência, especialmente a ciência médica; e o médico

cada vez mais assumirá uma relação de mero intermediário entre o paciente e a indústria farmacêutica.

Uma vasta gama de novas categorias médicas que não existiam anteriormente surgiu nas últimas quatro décadas: a anorexia e distúrbios alimentares, a síndrome de fadiga crônica (SFC), tensão pré-menstrual (TPM), *stress* pós-traumático (SPT), perturbação de déficit de atenção e hiperatividade (PHDA), entre outros. Muitos desses diagnósticos foram promovidos ativamente por doentes e seus defensores, com alguma aceitação médica substancial, enquanto outros permaneceram contestados ou controversos (Singer, et al., 1984 in Conrad e Potter, 2000). O surgimento de tais categorias médicas levantou questões acerca do que aconteceu com eles ao longo do tempo, sendo provável que algumas apenas se estabeleçam na prática médica, outras podem vir a desaparecer, enquanto outras podem vir a expandir-se em novas formas. A extensão de tais diagnósticos pode ocorrer de forma quase despercebida como parte normal da prática médica e, ao mesmo tempo, expandir o domínio da medicalização de maneira significativa.

1.1. A medicalização do comportamento das crianças

À medida que o olhar clínico se foi alargando a novas áreas, a vida das crianças foi progressivamente submetida a transformações cada vez maiores, onde se foram construindo significados médicos. Isto devido ao facto de a sociedade atual exigir de seus membros cada vez mais comportamentos racionais e individuais, onde às crianças também é imposto certas características e conduta. Por exemplo, têm de ser bons alunos, aprender um instrumento ou uma língua estrangeira, inscrever nos escuteiros, etc. “Isso evidencia que as crianças, desde muito cedo, são submetidas a ambientes competitivos, nos quais há comparação, classificação e punição dos ‘inadaptados’” (Barbarini, 2011:94-5).

David Armstrong (in Conrad, 2007), chama a atenção para uma série de categorias diferentes ou não normais identificadas em meados da década de 20, que não eram tipificadas pela diferença extrema, mas que acabam por englobar, de uma maneira ou de outra, quase todas as crianças. Estas incluíam crianças difíceis, neuróticas, inadaptadas, instáveis, a criança delicada, a criança solitária. Em cada um destes casos, a criança era construída como precariamente normal, capaz de escorregar para comportamentos inapropriados ou problemáticos sem vigilância constante.

Num de seus ensaios, Conrad (2006) foca a sua análise na medicalização das condições humanas dando como exemplo a identificação de ‘hiperatividade’ em crianças, onde se interroga: “onde estavam todas as crianças hiperativas antes da metade da década de 1950? Na escola primária havia crianças ativas, disruptivas, inquietas mas crianças hiperativas, não” (2006:188). O que aqui se analisa é uma rotulagem de crianças como desviantes, dentro de um quadro médico e onde, inicialmente, a tendência foi aceitar as decisões e categorias médicas de forma acrítica. A hiperatividade é socialmente construída como problemática passando a ser tratada de acordo com padrões e normas médicas de tratamento. Tratamento esse baseado em fármacos numa tentativa de repor a normalidade, sendo que a própria

condição é tida como “anormal”. A disponibilidade do rótulo de hiperatividade também pode levar alguns pais a aplicar o rótulo à sua criança, procurando depois a confirmação médica.

O desenvolvimento da hiperatividade como condição medicalizada está dependente dos avanços médicos na compreensão do desenvolvimento infantil e da tecnologia médica. Até meados do século XX, a hiperatividade era vista como ‘algo’ comportamental e não como tendo uma origem médica. Só depois na década de 80 e 90 desse século, quando o desenvolvimento de drogas psicostimulantes permitiu aos médicos controlar a impulsividade, atenção e hiperatividade das crianças é que a PHDA se medicalizou.

Relativamente à medicalização da PHDA existem grupos de apoiantes e outros com vozes fortes de contestação. Tendo como referência o contexto dos Estados Unidos, vários movimentos de pais e/ou leigos têm contestado fortemente a medicalização da infância e o aumento generalizado do uso de psicofármacos nessa fase da vida. Por outro lado, a indústria farmacêutica encontra-se na outra face da moeda, como um forte apoiante da medicalização através do incremento da publicidade direta ao consumidor, promovendo a ideia de família feliz quando as crianças tomam metilfenidato (ou Ritalina, como é comercialmente conhecido). No anexo (I) encontram-se algumas imagens de forte contestação (nos EUA e Brasil) da medicalização das crianças, em que a ideia por detrás dessas representações é que a Ritalina substitui o papel dos pais (“Ritalina, mais fácil do que a paternidade”) ou que sem a Ritalina a criança não pode frequentar a sala de aula, sendo “a droga do milénio”. Na nossa sociedade a saúde tornou-se um valor altamente prezado atingindo cada vez mais as crianças como ‘alvo’ na tentativa de manter a normalidade através da medicação. De acordo com esta conceção, Saini-Onge (2005 in Suissa, 2007) sustenta que, talvez medicalizada, a criança não perturbe a ordem social.

Tendo em conta algumas notícias dos jornais portugueses, os valores de crianças hiperativas, que têm vindo a ser difundidos, são cada vez mais elevados podendo dever-se ao facto de serem cada vez mais os progenitores que procuram uma solução médica para o problema, ou dever-se à própria definição médica da condição. Os médicos diagnosticam hiperatividade se a criança apresentar seis de nove categorias a partir do DSM. Quanto maior for o número de crianças diagnosticadas, maior é a possibilidade desta condição ser definida como problema que necessita de intervenção médica.

Quando uma criança é diagnosticada como hiperativa, sua terapia passa por uma solução farmacológica. Ou seja, a prescrição de medicamento (nomeadamente psicostimulantes) é o principal recurso para o tratamento onde a Ritalina tem vindo a ganhar cada vez mais popularidade a nível mundial, pois oferece uma resposta rápida e positiva a inúmeros casos de crianças diagnosticadas com PHDA. “Um caminho que pode ser escolhido para a discussão sobre a adoção do medicamento é o da indústria farmacêutica como parte constituinte de um mercado lucrativo, que crescentemente produz respostas para o sofrimento humano” (Barbarini, 2011:107).

1.2. Papel da indústria farmacêutica no processo da medicalização da infância

Como um meio de controlo social, medicalização é agora muito mais difusa do que anteriormente, uma vez que uma variedade de agentes, não apenas médicos, mas também outros atores (como a indústria farmacêutica, seguradoras grupos de pacientes, estado, etc.) encontram-se envolvidos na aceitação de valores ideológicos que subjazem ao processo de medicalização (Suissa e Collin, 2007).

De acordo com Angel (2000 in Conrad e Leiter, 2004), em 1999 a indústria farmacêutica foi o setor mais lucrativo nos Estados Unidos, com um retorno de 18,6% sobre a receita. A indústria farmacêutica tem uma longa história na prescrição de medicação de marketing e, ao longo dos últimos anos aumentou substancialmente o seu investimento na publicidade direta ao consumidor. “As empresas farmacêuticas afirmam que publicidade direta ao consumidor tem uma função educativa, os consumidores ficam melhor informados, incentivando-os a consultar seus médicos sobre os sintomas e opções de tratamento, permitindo ao paciente fazer melhores escolhas” (Bonaccorso e Sturchio 2002; Lyles 2002 in Conrad e Leiter, 2004:161).

No entanto, Moynihan, Health e Henry (2002 in Coveney et al., 2011) têm sido particularmente críticos das ações das empresas farmacêuticas, acusando-as de ‘mercantilização da doença’ e de, intencionalmente ‘vender doenças’ na busca de maiores margens de lucro. A publicidade direta ao consumidor incentiva os indivíduos a agir como consumidores informados pedindo a seu médico um determinado produto ou um possível diagnóstico para sua condição. Igualmente, a internet é um facilitador para os potenciais utilizadores que possam aceder a produtos farmacêuticos sem a necessidade de estar com o médico, demonstrando assim como a medicalização pode ocorrer através da aplicação de uma solução médica para problemas, sem o envolvimento direto de profissionais médicos.

O papel dos médicos também tem vindo a ganhar contornos distintos. É “privilégio” de um médico prescrever um medicamento e, quando o fazem, é porque, na sua opinião, a droga irá ser um tratamento eficaz para o problema do paciente. No entanto, com a publicidade direta ao consumidor por parte das empresas farmacêuticas, o papel do médico é alterado, prejudicando a autoridade dos médicos relativamente aos medicamentos a prescrever. Os consumidores (ou potenciais) estão mais ativos na decisão da medicação.

Numa primeira fase a indústria farmacêutica dirigiu a sua abordagem e estratégias promocionais aos médicos. Foi assim que o uso de serviços e produtos biomédicos foi, em grande parte, determinado. A compreensão desta situação por parte dos grupos financeiros que instalaram o cuidado gerenciado, gerou estratégias de contenção de gastos baseadas no controlo do uso de serviços e tratamento. A partir destas mudanças na administração de coberturas médicas, o complexo médico-industrial, especialmente a indústria farmacêutica, iniciou uma série de estratégias para reestabelecer sua liderança na concetualização do processo saúde-doença-atenção no mercado de saúde. Através de diferentes fins comerciais,

a indústria farmacêutica utilizou diversos mecanismos para estabelecer uma relação direta com os potenciais usuários de seus produtos (Iriart e Ríos, 2012).

O aumento de crianças diagnosticadas com PHDA parece correlacionar-se com as estratégias que o complexo médico-industrial, especialmente a indústria farmacêutica, concebeu para contrariar as reformas que o capital financeiro desenvolveu, a partir da década de noventa, com a sua entrada como administrador de programas de saúde e planos de cobertura de atenção médica. Estas reformas incrementaram-se em primeiro lugar nos Estados Unidos e logo se expandiram a inúmeros países da América Latina, Ásia e Europa (Iriart e Ríos, 2012). A PHDA na população infantil é um mercado em expansão onde a indústria farmacêutica tem apostado fortemente.

De acordo com Conrad (2007) o comportamento problemático das crianças e os problemas adjacentes a esta condição constituem um mercado em ascensão para as drogas psicotrópicas, nomeadamente a Ritalina, que é hoje sobejamente conhecida para ‘tratar’ o déficit de atenção nas crianças. Para o autor, quaisquer que sejam os benefícios ou riscos na toma dessa medicação, tornou-se um grande negócio para a indústria farmacêutica e, nos Estados Unidos, estas drogas são já o maior tipo de medicação tomada pelas crianças, chegando mesmo a ultrapassar os antibióticos e medicamentos para a asma. Tendo como referência o contexto Canadano, onde a hiperatividade é um fenómeno altamente medicalizado, muito deste trabalho de medicalização é rotineiramente levado a cabo por profissionais não médico, nomeadamente professores, educadores e psicólogos que identificam, avaliam e administram medicação a “crianças problemáticas”. São estes os profissionais que primariamente identificam os comportamentos das crianças como problemáticos, chamando a atenção dos progenitores em que estes se sentem pressionados e persuadidos a recorrer a ajuda médica, mesmo não notando qualquer anomalia no comportamento do seu filho.

Nos Estados Unidos, por exemplo, existe uma aliança entre a indústria farmacêutica e certas associações de pacientes, pais e/ou familiares com o intuito de trocar informação sobre a PHDA, em que a indústria farmacêutica coloca especial ênfase nas estratégias de marketing dirigidas aos usuários e/ou organizações de familiares e a comunidade educativa. Existe uma tentativa da indústria farmacêutica se aproximar dos âmbitos educativos e, de acordo com Faraone et al. (2010:496-7), existem três modalidades estratégicas que os laboratórios implementam na comunidade educativa. Em primeiro lugar, agentes dos laboratórios que, juntamente com, ou através de especialistas médicos, se dirigem à escola e realizam palestras com gabinetes psicopedagógicos; a segunda estratégia concentra-se na elaboração de informação destinada especialmente a professores. Nestas brochuras estão inseridos alguns ‘conselhos’ para os docentes acerca da PHDA e medicamento a utilizar; por fim, a difusão das drogas disponíveis no mercado em revistas pedagógicas, para docentes e psicopedagogos.

Temos assistido a uma mudança de estratégia e abordagem da indústria farmacêutica no que diz respeito à PHDA. Como primeiro interlocutor e interveniente da indústria farmacêutica surgiu o médico, pois é ele quem diagnostica e prescreve o medicamento; em seguida, os

progenitores foram inseridos nesse plano, com uma abordagem direta e ilustrativa de ‘um final feliz’ com Ritalina; por último, o foco concentra-se nas escolas, pois são os professores que chamam a atenção dos pais para o comportamento indesejado, irrequieto e perturbador na sala de aula. “A análise do TDAH permite transparecer como certas manifestações da vida das crianças são pensadas como doença, síndrome ou sofrimento e ilustrar o modo em que a indústria farmacêutica reconstitui estas configurações em termos de ganância” (Faraone et al., 2010:497).

2. De Medicalização para Biomedicalização

O conceito de medicalização, como descrito anteriormente, refere-se à extensão da jurisdição médica em áreas cada vez mais amplas da vida quotidiana das pessoas. Inicialmente, medicalização ocorreu quando determinados problemas sociais considerados moralmente problemáticos, e que em alguns casos afetam o corpo (como por exemplo, o alcoolismo, a dependência, a loucura, a homossexualidade, entre outros), foram transferidos da jurisdição profissional da lei para a medicina (Clarke et al., 2003). Outros teóricos críticos (Ehrenreich e Ehrenreich 1978; McKinlay e Stoeckle 1988; Navarro 1986; Waitzkin 1989, 2001 in Clarke et al., 2003) denominaram a medicalização como promoção dos interesses capitalistas da medicina e do complexo médico-industrial de forma mais ampla, onde a medicina passou a ser entendida como uma empresa social e cultural. Progressivamente, o conceito de medicalização foi alargado para incluir todas e quaisquer ocorrências de novos fenómenos considerados problemas de saúde sob jurisdição médica - inicialmente o parto, a morte e a menopausa, abrangendo em seguida o *stress* pós-traumático (SPT), síndrome pré-menstrual (SPM), o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre outros (Clarke et al., 2003).

Mais recentemente o termo biomedicalização foi introduzido por Adele Clarke et al. (2003) na tentativa de descrever transformações na organização da biomedicina, demonstrando, como a medicina se tornou cada vez mais tecnológica e tecnocientífica analisando as consequências dessa transformação. Assim sendo, as autoras designam de biomedicalização os cada vez mais complexos e multidirecionais processos da medicalização que hoje estão sendo estendidos e reconstituídos através de formas emergentes e práticas sociais de uma biomedicina muito e cada vez mais tecnocientífica (2003:162).

O prefixo 'bio', como Clarke et al. (2003) argumentam, sinaliza uma mudança conceptual dentro da medicina que coloca uma importância cada vez maior sobre as ciências biológicas para a saúde. Tem sido discutido, por exemplo, que na era biomédica, o corpo biológico não é mais pensado como estável e flexível, mas sim como um objeto que pode ser manipulado, reconfigurado, moldado, esculpido e transformado pela tecnociência (Clarke & Shim, 2011; Martin, 1994 in Coveney et al., 2011:383). Com esta mudança existe uma orientação constante para o futuro deste reconfigurado complexo biomédico, particularmente assente na ideia de que todos estão 'em risco' de vir a ter futuros problemas de saúde. Isto tornou-se institucionalizado através da vigilância médica das populações saudáveis, onde os indivíduos são pesquisados, selecionados, avaliados e testados em relação aos ideais médicos ou padrões pré-concebidos de normalidade, a fim de identificar riscos para a saúde e prevenir potenciais malefícios.

Clarke et al. (2003) retrataram este conceito de forma ampla, abrangente e inclusiva - incorporando biotecnologia, informática médica e tecnologias de informação, mudanças nos serviços de saúde, produção de identidades tecnocientíficas, entre outros - espaços onde,

para elas, a base da medicalização se encontra perdida. Neste ponto há a salientar que embora as autoras se refiram a aspetos da medicalização que se encontram ‘perdidos’, entendem que a biomedicalização é uma radicalização da medicalização, não significando, necessariamente, que esta desapareça. No entanto, na opinião de Peter Conrad (2005), esta conceção perde o foco nas questões da própria definição, que sempre foi o processo-chave para o estudo da medicalização. O autor advoga, juntamente com Clarke et al. (2003), que existiram mudanças importantes na medicalização nas últimas duas décadas, sendo que, no entanto, onde ele vê mudanças elas veem transformações. Portanto, as autoras não veem a biomedicalização como um ‘substituto’ da medicalização, mas sim como uma modificação da medicalização.

De acordo com Iriart e Ríos (2012) o conceito de biomedicalização oferece uma melhor interpretação das profundas transformações ocorridas na década de noventa na conceptualização do processo saúde-doença-atenção. Na perspetiva destas autoras, a medicalização implica a expansão do diagnóstico e tratamento médico de situações previamente não consideradas problemas de saúde. Por sua vez, biomedicalização supõe a interiorização da necessidade de autocontrolo e vigilância por parte dos próprios indivíduos, não requerendo necessariamente uma intervenção médica. Não se trata apenas de definir, detetar e tratar processos patológicos, como também de estar alerta para potenciais riscos e indícios que podem resultar em uma patologia. No caso da PHDA, por exemplo, o acesso a fáceis métodos de diagnóstico e a extensa informação na internet e/ou outros meios ao dispor de pais, professores e profissionais não especializados facilita a difusão, autocontrolo e vigilância do mesmo (2012:1009).

Na mesma linha, Clarke et al. (2003) afirmam que a saúde se tornou um objetivo individual, de responsabilidade social e moral, e um local para a rotina da intervenção biomédica. O que cada vez mais está sendo articulado é a responsabilidade individual para ser e permanecer saudável, ou para gerir de forma adequada uma doença crónica, em vez de uma tentativa de recuperação de uma doença quando ela “aparece”. Na era da biomedicalização, práticas de risco e vigilância têm surgido de maneiras novas e cada vez mais conseqüentes em termos de alcançar e manter a saúde; e expressões como “manutenção de saúde”, “promoção de saúde” e “vida saudável” realçam essa meta. Risco e vigilância são aspetos do ‘olhar médico’ que não se encontram mais contidos no hospital, clínica ou mesmo dentro da relação médico-paciente, mas sim numa autovigilância individual. “Já não é necessário manifestar sintomas a serem considerados doentes ou ‘em risco’. Com a “problematização do normal” e o aumento da “medicina de vigilância” (Armstrong, 1995:393), todos os indivíduos se encontram incluídos no processo de “adoecer” (Petersen, 1997)” (in Clarke et al., 2003:172). Por isso qualquer cidadão se encontra “em risco”.

No entender de Iriart e Ríos (2012), a transformação da medicalização em biomedicalização foi possível pela confluência de diferentes aspetos, entre os quais destacam a massiva entrada do capital financeiro no setor da saúde e os acomodatamentos que o complexo médico-industrial realizou para recuperar a liderança nesta nova situação. No que respeita a doenças

e transtornos já conhecidos e medicalizados, como a PHDA, o que as indústrias farmacêuticas fizeram foi expandir o mercado desenvolvendo mecanismos comunicacionais para que se internalize o problema como uma perturbação subdiagnosticada¹⁵ e que pode ser controlada com fármacos (2012:1010).

Este processo encontra-se intimamente ligado com o modelo de negócio que a indústria farmacêutica tem vindo a desenvolver ao longo das últimas décadas. A indústria farmacêutica passou de um modelo centrado na ‘educação’ dos profissionais de saúde, em especial os médicos, para que prescrevam seus produtos, a outro onde o consumidor direto ocupa um papel central nas campanhas de comercialização (Iriart, Franco, Merhy, 2011 in Iriart e Ríos, 2012). Os Estados Unidos são o país onde estas campanhas de comercialização se encontram mais explícitas mas, em Portugal, começamos a assistir a fortes campanhas tanto na imprensa escrita (jornais e revistas científicas) como em anúncios televisivos. A internet está-se a tornar num veículo cada vez mais útil na nossa sociedade, já que oferece um fácil e rápido acesso a inúmeros espaços dedicados à identificação, tratamento e diagnósticos da PHDA, incluindo testes, alguns dirigidos aos pais, onde é possível identificar os sintomas dessa perturbação.

É através destes mecanismos comunicacionais que houve uma redefinição do conceito de medicalização para biomedicalização (Clarke et al., 2010 in Iriart e Ríos, 2012). Enquanto medicalização se centra no sofrimento, doença e reabilitação; a biomedicalização foca-se na saúde como um ‘mandato moral’ que interioriza o autocontrolo, a vigilância e a transformação pessoal. A disponibilidade e acessibilidade maciça a tecnologias biológicas, incluindo medicamentos, instrumentos de diagnóstico e outros equipamentos, assim como o acesso a grandes quantidades de informação sobre doenças e transtornos - sejam eles novos, velhos e/ou redefinidos -, criam novas subjetividades, identidades e sociabilidades (Iriart e Ríos, 2012:1011). “Uma nova identidade emerge, no caso do TDAH, quando uma criança é identificada como inquieta e/ou distraída passando a ser portadora de um transtorno, e não mais vista como uma criança irrequieta ou com necessidades diferentes, ou que está chamando a atenção sobre situações que a afetam (Miller, 1999). As relações sociais se transformam e as crianças passam a ser etiquetadas como crianças com incapacidade de aprendizagem ou socialização. Isto é interiorizado pela própria criança, pela família, amigos e professores, criando-se uma nova identidade em torno do sofrimento” (in Iriart e Ríos, 2012:1011-2).

A internet proporciona uma vasta gama de ofertas de ferramentas - blogues, *sites*, redes sociais (facebook, twitter), entre outros - na tentativa de haver uma troca ou debate acerca de diversos temas específicos. Um *site* português que apresenta um fórum de discussão acerca da PHDA (entre outros conteúdos) apelida-se “de mãe para mãe” sendo o seu principal ‘alvo’ pais de ‘crianças hiperativas’ e/ou ‘potenciais crianças hiperativas’. Nesta página alguns pais - especialmente mães - preocupados com o comportamento de seu(s) filho(s),

¹⁵ Doença que não foi suficientemente explicada, dela houve (ou há) uma avaliação aproximada (in <http://ciberduvidas.pt/perguntas/get/290785>).

expressam algumas dúvidas, receios, angústias e questões relativas à conduta da(s) criança(s). Aguardam por uma resposta que os ajude a lidar com o comportamento indesejado do filho, e qualquer pessoa, seja ela instruída ou não na área, expressa a sua opinião normalmente resultando numa sugestão (diagnóstico): “seu filho é hiperativo”. A internet tornou-se uma ferramenta usada pelos pais na tentativa de obter um diagnóstico, levando-o muitas vezes pré-definido quando procuram ajuda médica. Iriart e Ríos (2012:1012) alertam para o facto de alguns fóruns, muitas vezes, serem promovidos pela indústria farmacêutica ou por associações de pacientes ou profissionais. Este fórum não foge à regra, sendo apoiado pela Cytothera¹⁶. Segundo Clarke et al. (2003) a informação fornecida nesses *sites* vem de uma variedade de fontes e embora haja uma dependência de profissionais médicos para obter respostas às questões de saúde, estas páginas muitas vezes têm fóruns de discussão onde os usuários trocam seus conhecimentos e experiências com os outros.

Perante o surgimento de tal sugestão, os pais tentam procurar mais informação acerca do assunto, nomeadamente como identificar a PHDA através de sintomas. Um dos métodos utilizados são os ‘testes para a hiperatividade’ onde os pais são confrontados com uma lista de indicadores em que é suposto os confrontarem com o comportamento dos filhos, verificando com que frequência e/ou regularidade são verificados alguns desses comportamentos como indícios. De acordo com Conrad (2007) os questionários (de Conner¹⁷) usados nas avaliações pedem aos pais para usar uma escala de Likert¹⁸, com medidas que incluem: falar excessivamente, não ouvir, interromper, retorcer-se na cadeira, estar distraído, entre outras. O que significa “falar em demasia” quando se é criança? E o que significa, em termos de medida, fazê-lo com frequência? Perante esta listagem de sintomas qualquer criança facilmente se encaixaria neles. “Para muitos, estes novos modos de acesso à informação em saúde são uma mudança bem-vinda, para outros confundem mais do que esclarecem” (Clarke et al., 2003:178).

No entender de Iriart e Ríos (2012) mais acesso a informação sobre temas relacionados com a saúde favorece a democratização deste campo, o problema é que tipo de informação se transmite, quem gera, como se constroem e difundem os dados, e que interesses mobilizam sua circulação. A disseminação descontextualizada de informação sobre saúde reproduz a biomedicalização e gera um sentido comum no qual, no caso particular da PHDA, pais e professores são obrigados a agir segundo esta ideologia de controlo individual. Isto gera uma profunda mercantilização do sofrimento infantil, já que os pais, convertidos em consumidores, buscam os serviços dos profissionais recomendados nesses *sites*, ou recorreram a outros, munidos de informação que lhes irá permitir descrever com mais pormenor sinais e principais sintomas do diagnóstico de PHDA e possivelmente a medicação. Sendo a PHDA um

¹⁶ Empresa do Grupo Medinfar, criada em 2005, que se dedica à prestação de serviços na área da Biotecnologia Clínica (ver em <http://demaeparamae.pt/directorio/saude/cytothera>). A Medinfar é uma empresa da indústria farmacêutica (ver em <http://www.medinfar.pt/pt/GrupoMEDINFAR.aspx>).

¹⁷ Questionários de Conner - Instrumento de avaliação no diagnóstico da PHDA (anexo II)

¹⁸ Escala de Likert - mede atitudes e comportamentos utilizando opções de resposta entre, por exemplo, o ‘nada provável’ e o ‘extremamente provável’. Permite descobrir níveis de opinião (ver em <https://pt.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>).

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

processo abrangente, que inclui transformações complexas em conhecimento médico, tecnologia e vigilância, encontra-se inserido no âmbito da biomedicalização.

3. Psiquiatrização do sofrimento infantil

Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol, alienistas franceses do século XIX, foram fundamentais quanto à transformação da loucura em objeto da psiquiatria, ao consolidá-la como doença. Pinel desenvolveu um modelo de classificação, descrição e tratamento das doenças psicopatológicas com base no conhecimento científico e implantou a reforma e a reorganização dos hospitais (in Barbarini, 2011:98). A partir desse momento, encontrar-se-ia a cura através de um restabelecimento do domínio da razão, aplicados pela medicina mental (ou terapêutica), pois considerava-se que as “paixões da alma” eram causadoras de loucura, pela desordem social e sentimentos existentes em excesso (Facchinetti, 2008 in Barbarini, 2011).

Quando se fala em saúde mental, o nosso pensamento dirige-se para uma ideia de transtorno, doença, distúrbio, perturbação, etc. mas, a noção de saúde mental surge quando a psiquiatria se apropria da loucura e a torna numa entidade patológica, como demonstrado por Machado: “Com ela no discurso científico (médico), a loucura passou a ser definida como patologia, tanto de ordem moral como somática. A medicina se tornou, então, a instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, portanto como sujeito a ser tratado e protegido. Apenas quando foi constituída uma inteligibilidade capaz de apreender e identificar a loucura como doença é que a psiquiatria foi viável” (1978:490 in Baroni et al., 2010:70).

Foi a partir desse momento que o louco passou a estar no domínio do psiquiatra, possibilitando a expansão do poder psiquiátrico desde o século XIX. Essa difusão determinou os problemas mentais que afetavam os indivíduos e a anormalidade, sendo que a psiquiatria se tornou mais geral e perigosa, pois assumiu, segundo Foucault (2006b:280 in Barbarini, 2011:98), o “poder sobre o anormal, poder de definir o que é anormal, de controlá-lo, de corrigi-lo”. A medicina era então a única ciência legítima para lidar com a saúde e a doença dos indivíduos, sendo que a psiquiatria era responsável por classificar, identificar e tratar a loucura. Sob justificativa de afastar uma ameaça na população representada pela doença e loucura, a medicina e a psiquiatria criaram mecanismos legítimos para intervir em diversos setores, como a família, escolas, hospitais, espaços públicos, entre outros (Barbarini, 2011).

Como consequência dessa intervenção, nos dias de hoje questões relacionadas com a vida íntima das pessoas são consideradas por médicos e psiquiatras como sua responsabilidade, fazendo com que questões do cotidiano se tornem problemas médicos e psiquiátricos. A percepção de saúde e doença varia muito de acordo com as culturas e crenças e, atualmente, existe uma multiplicidade de novos diagnósticos médicos, entre os quais, psiquiátricos. “Essas classificações, relacionadas prioritariamente a comportamentos socialmente indesejados, permitem que quase todos os nossos sofrimentos e condutas sejam redefinidos em termos médicos. As fronteiras entre o normal e o patológico parecem ter-se tornado cada vez mais ambíguas, móveis e instáveis” (Caponi, 2009:530). Este fator faz com que a medicalização se estenda a praticamente todos os domínios da nossa existência onde novos diagnósticos e/ou

transtornos emergem diariamente, transformando comportamentos que até então eram 'normais' em indesejáveis.

De acordo com Sandra Caponi (2009) a estratégia de intervenção e o objeto de estudo da psiquiatria, a partir desse momento, mudou radicalmente sendo que o seu interesse já não é restabelecer a saúde perdida, mas sim uma tentativa de antecipar todo e qualquer tipo de anomalia. É a este aspeto que Foucault (1999) designa de "medicina do não-patológico" onde já não se trata de curar mas de evitar, prevenir "tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter reativo, falta de afeto, etc., tudo daqui em diante, poderá ser psiquiatrizado" (1999 in Caponi, 2009:540). Portanto, na perspectiva do mesmo autor, somos indivíduos psiquiatrizáveis.

A maioria dos distúrbios psiquiátricos encontra-se legitimada na Associação Psiquiátrica Americana através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM), categorizado como o guia oficial para diagnósticos psiquiátricos. Ao longo dos tempos, este manual tem sofrido algumas transformações, onde nas últimas versões a nosografia psiquiátrica se tem tornado mais descritiva e padronizada, embora não isenta de valores. O foco do DSM-III e o DSM-IV, portanto, mudou de doenças para distúrbios e síndromes - sendo este último de sintomas múltiplos. Sempre que os sintomas estão suficientemente presentes para satisfazer os critérios para um diagnóstico, um distúrbio mental em particular existe. Portanto, para Maturo (2012) as principais consequências da última versão do DSM são reducionismo e proliferação de doenças (passando de doenças a síndromes, a complexidade da doença mental é reduzida, pois coincide com seus sintomas e praticamente quase tudo pode ser considerado patológico), bem como o aumento da probabilidade de tratamento farmacêutico (se as perturbações se tornam mais facilmente identificáveis e conhecíveis, fica mais fácil associá-las a uma terapia específica, e se a tarefa de psiquiatria é aliviar os sintomas, logo, os medicamentos são a melhor maneira o fazer).

A primeira utilização de um psicofármaco em tratamentos psiquiátricos data de 1952 e desde então, a indústria farmacêutica tem investido, ano após ano, uma elevada quantia monetária em pesquisas de novos fármacos, sendo estes a principal ferramenta no tratamento de sofrimentos quotidianos. Sofrimentos que a indústria farmacêutica promete aliviar através de medicamentos, promovendo o consumo a larga escala, o que faz com que haja um crescimento exponencial da indústria farmacêutica.

Foucault (2008a in Barbarini, 2011) sustenta que a loucura nem sempre foi considerada uma ameaça aos indivíduos e às sociedades, tanto que há séculos ela era reverenciada por intelectuais, como expressão de liberdade e criatividade. Entretanto, essa verdade foi silenciada e transformada em perigo, sinal de caos e irracionalidade. O louco e a loucura foram, então, patologizados e transformados em ameaça que deveria ser contida, afastada e curada. Eles foram medicalizados. Atualmente, a loucura cedeu lugar às doenças, aos transtornos mentais e às mais diversas denominações referentes às suas manifestações, como o TDAH (Barbarini, 2011:99).

A criança, cada vez mais, tem vindo a fazer parte do processo de medicalização em larga escala, como um apelo ao silêncio dos conflitos. Isto é, de acordo com Giddens (2001) a profissão médica conseguiu ‘medicalizar’ hiperatividade e falta de atenção, em vez de chamar a atenção para as causas sociais dos sintomas observados. A ideia por detrás da hiperatividade não é procurar as reais causas da perturbação mas sim “mascará-las” e não erradicá-las como seria suposto. Pesquisas recentes têm mostrado e evidenciado uma crescente medicalização das crianças principalmente através da transposição de paradigmas da clínica com adultos para a clínica psiquiátrica em crianças. Isto porque, segundo Renata Guarido (2007:155), “a criança é essencialmente concebida como um adulto ‘em potência’” onde a criança é comparada com os seus colegas em termos de desempenho escolar, problema ligado à expectativa de comportamento adulto da criança.

A psiquiatria passou a ver a infância como uma potencial ‘área de intervenção’, e a psiquiatria infantil passou a empregar conceitos e transtornos, que até então pertenciam ao domínio da psiquiatria do adulto, e a definir, com base nelas, patologias em crianças. Começou-se assim, a pensar na loucura das crianças e a medicalização passa a abranger outros domínios onde até então não seria aplicável. “O domínio do saber sobre a criança passa cada vez mais do universo pedagógico ao universo médico-psicológico” (Guarido, 2007:155).

Ao nível terapêutico, as terapias cognitivas são as únicas, na atualidade, aceites como válidas e legítimas pelo saber e poder médico. Assim sendo, tanto a criança como a sua família encontram-se submetidas ao poder exercido pelo domínio do saber médico-psicológico cujo principal intuito se restringe à reposição da ‘normalidade’ dos sentimentos/sofrimentos através de psicofármacos. “Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso de psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformações do sistema de cuidados e tratamento da loucura do século XX, mas evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si (racionalização própria da economia neoliberal). Trata-se de também encontrar na Educação uma possibilidade de não sujeição ao discurso psiquiátrico, libertando as crianças dos destinos previstos nos prognósticos médicos” (Guarido, 2007:159). O campo educativo encontra-se, assim, invadido por discursos técnicos.

Segundo Guarido (2007:154), a versão III do DSM rompe definitivamente com a psiquiatria clássica sendo que, “a partir desta, os quadros psicopatológicos são apresentados como transtornos mentais que serão diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas (identificados a partir de uma lista presente no manual, para cada transtorno) e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo”. No caso da PHDA, as crianças são diagnosticadas como hiperativas se apresentarem seis de nove sintomas por um período mínimo de seis meses. Os progenitores ficam encarregues de verificar, através da lista, esses sintomas durante esse período de tempo, levando posteriormente a criança ao médico para que lhe seja “oficialmente” diagnosticado a perturbação.

De acordo com a mesma autora (2007), a ampla gama de sintomas presentes no DSM-IV, bem como a forma diagnóstica proposta, permite que muitos acontecimentos do quotidiano, como sofrimentos passageiros ou outro tipo de comportamentos, possam ser registrados como sintomas próprios de perturbações mentais. Relativamente a este assunto, autores tradicionalmente ligados à psiquiatria têm mostrado alguma preocupação, não apenas com a não manutenção do domínio psiquiátrico nestes casos, como com o facto de existir uma 'banalização' de diagnósticos psiquiátricos e um uso irrestrito de medicação como principal intervenção do quotidiano. A esse respeito, o psiquiatra brasileiro Jorge Alberto Costa e Silva advoga: "Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. [...] Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias. [...] Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes" (Costa e Silva in Guarido, 2007:159).

A este procedimento, Nildo Viana (2012) denomina de 'invenção de doença', sendo que alguns comportamentos passaram a ser definidos como transtornos mentais através do reforço de profissionais da psiquiatria (com a emergência do DSM) beneficiando também da colossal e sumptuosa ajuda do capital farmacêutico. "Segundo o psicólogo L. Kamin, o biólogo Richard Lewontin e o geneticista S. Rose (1987), a cada dez anos surge uma nova doença mental e um novo remédio para ela. A fonte ideológica desse processo reside em transformar o que é psíquico - algo que é inorgânico, mental, cuja origem é social e/ou de carácter comportamental - em doença, ou seja, em algo delimitado organicamente que teria origem "biológica" (Szazs, 1979; Szazs, 1980; Viana, 2010 in Viana, 2012:37). Portanto, qualquer indivíduo que se desvie do padrão de comportamento imposto socialmente pode vir a ser considerado 'anormal'. A versão socialmente aceitável nas crianças é que eles se comportem de acordo com as normas e, se fogem a esses princípios, facilmente são considerados 'anormais', logo, 'doentes'.

Com a forte e crescente globalização, o saber psiquiátrico tem-se expandido e difundido por todo o tecido social através da grande difusão dos *media* e da indústria farmacêutica. É de salientar que a saúde mental deixou de estar restringida ao manicómio (como inicialmente o era) e ao psiquiatra, passando a ser possível ser 'tratada' com fármacos e fora do contexto hospitalar (possível em consultórios de clínica geral). Através da medicalização da psiquiatria num mundo cada vez mais globalizado, temos vindo a assistir à psiquiatrização da vida e do quotidiano.

Parte II - Das Orientações Metodológicas à Recolha dos Dados Empíricos

Capítulo I - Orientações metodológicas e Modelo de Análise

1. Objetivos da Investigação

A revisão e análise bibliográfica relativa à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) permite perceber que existe uma literatura relativa à doença, em si, à sua sintomatologia e ao tratamento, mas a avaliação crítica relativa às consequências psicossociais da mesma é relativamente recente e ainda algo incipiente. No que respeita ao contexto português, o desconhecimento e a discussão e avaliações críticas são ainda mais escassas. A necessidade de compreender melhor a construção social desta doença, de descortinar os processos e os agentes dessa construção, de perceber os seus impactos, a vários níveis, estão na base da formulação dos objetivos que guiam a presente investigação e que se enunciam. Neste sentido, de seguida são recordados os objetivos da presente investigação. Como objetivos gerais:

- 1) Perceber e interpretar a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) enquanto categorização médica com contornos sociais;
- 2) Perceber os aspetos que estão subjacentes à medicalização destes comportamentos e seus efeitos.

Tendo em conta os objetivos gerais, em termos mais específicos procura-se:

- a) Analisar com particular relevo a perspetiva que os pais possuem da PHDA;
- b) Examinar qual o grau de relevância da prioridade da solução médica;
- c) Compreender por que certos comportamentos infantis (nomeadamente a PHDA) passam a ser determinados como patológicos e as consequências dessa categorização;
- d) Perceber, para além do tratamento farmacológico, se existe e se é contemplado outro tipo de acompanhamento para crianças com PHDA;
- e) Perceber em que pressupostos os médicos diagnosticam a PHDA.

2. Orientações Metodológicas

As orientações metodológicas são um instrumento importante e fundamental no rumo da pesquisa. Estando relacionadas com os questionamentos que são colocados, com os objetivos traçados para a investigação, e com as opções teóricas, guiam todo o processo da recolha de dados, informando, desde logo, e aplicando uma expressão de Uwe Flick (2005), o modo de “entrar no terreno”. De acordo com Daniel Bertaux (1979 in Lalanda, 1998:872), a tarefa do sociólogo é a de falar de um mundo concreto de homens e mulheres (do qual ele próprio faz parte), um mundo que deve ser entendido não apenas por uma «elite científica» mas também por essa sociedade que ele «faz falar».

Assim sendo, de acordo com a temática e os objetivos traçados, a abordagem que melhor se enquadra nesta investigação é a metodologia qualitativa, a qual, de acordo com Martins (2004:289), é “aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intenso dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise”. A metodologia qualitativa surge frequentemente associada a temas complexos podendo ser caracterizada como sendo um estudo detalhado de um determinado facto, objeto, grupo de pessoas e fenómenos da realidade. A pesquisa qualitativa permite a obtenção de dados descritivos sobre pessoas pelo contato direto do pesquisador, procurando compreender os fenómenos desde a perspectiva do sujeito, isto é, dos participantes no referido estudo.

A metodologia qualitativa preocupa-se em chegar à realidade, ou a parte dela, respondendo à questão “porquê” e “como”, ao contrário de uma metodologia de carácter quantitativo em que se preocupa com o “quanto” (Laville e Dionne, 1999). Neste tipo de pesquisa, há a salientar o papel do investigador, já que este se interessa pelos procedimentos, envolvendo-se no processo da recolha dos dados, e não apenas com os resultados finais, como é o caso da metodologia quantitativa. Assim sendo, no caso das metodologias de carácter qualitativo, o investigador é um elemento essencial para chegar à realidade (ou a parte dela). Não se pretende fazer uma comparação entre metodologias, dizendo que uma é superior à outra, mas sim mostrar que o uso de uma ou outra depende do tipo de problema colocado e do objetivo da pesquisa. É por estes motivos acima apresentados que a investigação irá encaminhar para uma metodologia qualitativa, permitindo, assim, chegar aos entrevistados, valorizando a sua perspectiva e percepção, de forma aprofundada.

No entanto, como em qualquer técnica de trabalho, existem “prós” e “contras” na utilização deste método de pesquisa. Segundo Heloísa Martins (2004:295), mais do que qualquer outro método, a pesquisa qualitativa levanta questões éticas, principalmente no que diz respeito à proximidade entre pesquisador e pesquisado(s). Esta proximidade pode “deitar por terra” muita pesquisa que já foi levantada, já que, para a autora (2004:296), “a relação que se estabelece entre o observador e o observado é uma relação social e política” e o investigador pode tentar “manipular” os dados consoante os seus interesses e objetivos. Na outra face da

moeda, para Piedade Lalanda (1998:872-3), o contacto direto do investigador (sociólogo) com os entrevistados, “não anula o distanciamento que a ciência exige. Antes transforma a recolha de informação numa experiência que «humaniza» a própria investigação, ou seja, proporciona ao investigador a possibilidade de «ver por dentro», tomando uma dupla posição de observação: a de investigador e a do próprio actor”.

Existem várias técnicas no sentido de coleta de dados para um melhor aprofundamento da investigação. Com efeito, as técnicas que se enquadram mais neste estudo são a “entrevista semiestruturada”, “análise documental” e “diário de bordo”.

A entrevista não é uma simples conversa, mas muito mais que isso. A entrevista é uma conversa orientada para um objetivo definido que passa por recolher dados para a investigação. Esta técnica permite uma profundidade sobre determinado assunto pela recolha de testemunhos e interpretações dos entrevistados. Como tal, a entrevista é uma boa forma de o sujeito se expressar, permitindo quer ao entrevistado quer ao entrevistador uma maior margem de manobra.

A entrevista semiestruturada é a técnica que mais se enquadra nesta investigação por dois motivos. Em primeiro lugar, possibilita ao entrevistado responder livremente ao que lhe é solicitado; e em segundo lugar, é uma forma de o inquiridor verificar e assegurar de que as respostas não fogem ao pretendido da entrevista. De acordo com Flick (2005:94) poderá haver problemas de equilíbrio entre as recomendações do guião e os objetivos da entrevista sendo que, caberá ao investigador decidir (no decorrer da entrevista) que perguntas fazer, quando e em que ordem.

Segundo Lalanda (1998), uma entrevista corresponde sempre a uma versão de uma história. Versão essa que se baseia em memórias e representações que o entrevistado possui acerca do tema em questão, não se tratando apenas de ouvir um relato ou história sem estrutura de sentido, mas de ouvir a realidade segundo um traçado que lhe é proposto. Posteriormente cabe ao cientista social “explicar esses discursos, descodificar-lhes o sentido, interpretá-los, aproximando a definição inicial do seu objeto com o real encontrado” (1998:874). É necessário que a entrevista se desenrole num ambiente e num contexto adequados, possibilitando assim que a conversa flua naturalmente e, posteriormente, obter bons resultados.

Ainda de acordo com a mesma autora (1998:874), a relação entre o investigador e o investigado, durante a entrevista, deverá transformar-se numa relação de confiança, o que pressupõe uma certa familiaridade com a população em estudo. Contudo, não se trata de criar intimidade com a pessoa inquirida, podendo provocar efeitos negativos na investigação. O intuito é que o entrevistado se sinta confortável e à vontade durante a entrevista, ocupando o papel central da mesma. A condução da entrevista é orientada por um guião para “controlar” e “orientar” a investigação. Consoante o propósito da pesquisa, o guião - apesar de previamente elaborado - pode ser alterado ao longo da conversa, permitindo uma maior profundidade de análise ao investigador.

De acordo com Igea, et al. (1995 in Calado e Ferreira, 2005:1), o facto de o investigador utilizar diversos métodos para a recolha de dados, permite-lhe recorrer a várias perspetivas sobre a mesma situação, bem como obter informação de diferente natureza e proceder, posteriormente, a comparações entre as diversas informações, efetuando assim a triangulação da informação obtida. Como tal, foi igualmente utilizada a “análise documental” na tentativa de complementar a informação adquirida por outros métodos. Essa complementaridade foi obtida através da leitura e pesquisa de artigos de imprensa nos diversos jornais *online* de referência do nosso país, na tentativa de encontrar mais informação útil para o objeto de estudo. Igualmente foram consultados o DSM-IV-TR e a CID-10.

Para além disso, a informação alcançada ao longo da investigação e posteriormente analisada surgiu de uma variedade de referências bibliográficas oriundas de livros, artigos científicos, dados estatísticos, revistas de saúde e outros documentos - como relatórios¹⁹ clínicos.

A investigadora utilizou, conjuntamente, um ‘diário de bordo’ no qual foram registadas algumas etapas e processos no decorrer da investigação com o intuito de anotar ideias e aspetos importantes para a investigação. Este diário teve o propósito de apontar datas, locais, duração das entrevistas e reações das entrevistadas, e toda uma série de informação necessária que pudesse vir a ser útil para a investigação.

3. Caracterização da amostra

Na presente investigação foram elaborados dois guiões²⁰, sendo um dirigido aos pais de crianças com PHDA e outro a profissionais de saúde. O guião de entrevista direcionado aos pais²¹, não sendo ele totalmente estático, foi alterado com o decorrer das primeiras entrevistas, pois notou-se uma ausência de questões que seriam igualmente importantes para a pesquisa. Foram adicionadas algumas questões e reformuladas outras de modo a abranger toda a informação necessária ao estudo. Como tal, o guião não foi seguido tal como se apresenta, pois, com o decorrer da entrevista, foram introduzidas novas questões e/ou reformuladas outras na tentativa da obtenção da informação pretendida. Em relação ao guião dos profissionais de saúde, este manteve-se dentro da formulação prevista.

O acesso aos entrevistados ocorreu em dois momentos, o contacto com os pais de crianças com PHDA e com os profissionais de saúde. Num primeiro momento tentou-se obter esses contactos (de pais) através do agrupamento de escolas da Covilhã, visto ser a zona de residência da investigadora, no entanto, sem sucesso. Posteriormente foram efetuados alguns contactos em escolas, instituições e agrupamentos escolares, igualmente da zona da Covilhã, conseguindo-se assim alguns contactos. De seguida a investigadora realizou alguns contactos

¹⁹ Anexo VII

²⁰ Anexo III

²¹ Há a salientar que o guião é dirigido aos pais, no entanto, apenas um membro do casal respondeu às questões elaboradas. Essa decisão foi constituída entre o casal e em todos os casos foram as mães quem respondeu à entrevista. Não seria exequível que ambos os membros do casal estivessem presentes na entrevista, podendo haver contradições, alterações nas respostas e/ou respostas ‘sobrepostas’ sendo a transcrição da entrevista impercetível.

personais na tentativa de ‘encontrar’ mais contactos de pais de crianças com PHDA, resultando daí algumas respostas positivas. No início da investigação tentou-se utilizar a técnica de “bola de neve”, sendo que só se verificou em um caso e não em todos, como seria de esperar.

Surge a questão: *quantas pessoas interrogar?* De acordo com Guerra (2006:40-1), “considera-se que não tem muito sentido falar em amostragem, pois não se procura uma representatividade estatística, mas sim uma «representatividade social»”. Como tal foram entrevistadas dez mães de crianças com PHDA, um número bastante difícil de obter e que só foi possível porque a investigadora iniciou esse processo bastante cedo, tendo-lhe dedicado um tempo substancial da investigação.

Relativamente aos profissionais de saúde, também aqui o contacto nem sempre foi fácil, já que houve alguma recusa, por parte de alguns profissionais da zona de residência da investigadora, de Coimbra e de Lisboa no sentido de responder à entrevista. No entanto, foram entrevistados dois médicos: um pediatra (da área de residência da investigadora) e um pedopsiquiatra (da cidade de Viseu). Esta escolha encontra-se relacionada com os objetivos da pesquisa, assim como procura oferecer uma visão e opinião distinta da PHDA, tendo em conta a prática médica de cada profissional.

Quanto às entrevistas aos pais (que, como já foi referenciado, acabaram por ser entrevistas às mães), em primeira mão foi elaborado e entregue, a cada entrevistada, um consentimento²² com os objetivos do estudo e da entrevista que, por sua vez, foi preservada através de um gravador áudio - sendo bem aceite por todas as entrevistadas. Posteriormente à entrevista, foi solicitado o preenchimento de uma ficha de caracterização sociodemográfica²³. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas com recurso a sinopses²⁴.

Estas entrevistas realizaram-se em locais selecionados pelas próprias entrevistadas e/ou através de sugestões da investigadora (como locais públicos, casa da investigadora e casa das entrevistadas), na tentativa de facilitar o acesso e o à-vontade necessário. Decorreram num período de sete semanas com uma duração aproximada entre 25 minutos e 2h30m. Para além da entrevista, a investigadora utilizou um ‘diário de bordo’ onde foram anotadas atitudes e/ou aspetos que pudessem vir a ser importantes para a investigação. No que diz respeito aos profissionais de saúde, a investigadora deslocou-se aos consultórios médicos dos referidos profissionais (sendo necessária uma deslocação à cidade de Viseu). As entrevistas tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos cada com um intervalo de 4 semanas.

Foram efetuadas dez entrevistas a mães de crianças diagnosticadas com PHDA com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos. Duas das crianças são do sexo feminino e oito do sexo masculino, o que de certa forma ilustra a realidade desta condição, já que afeta mais crianças do sexo masculino do que crianças do sexo feminino. Todas as entrevistadas são do concelho da Covilhã, mais precisamente, Canhoso, Ferro, Tortosendo, Cantar Galo e Covilhã.

²² Anexo V

²³ Anexo III

²⁴ Anexo IV. As sinopses foram elaboradas a partir de um exemplo da autora Isabel Guerra (2006:75).

A caracterização sociodemográfica das entrevistadas é exposta no seguinte quadro:

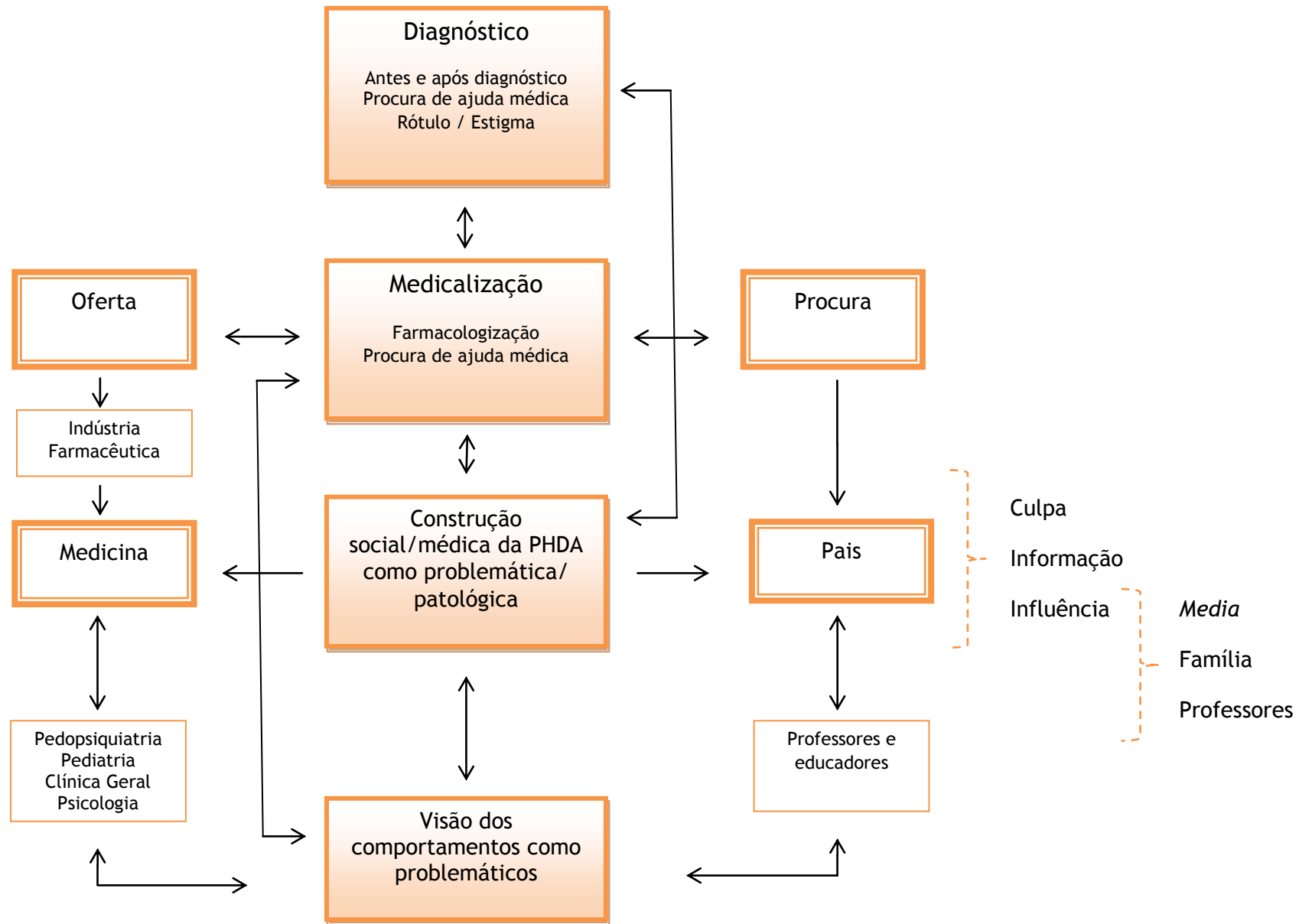
| Nome do entrevistado (fictício) | Nome da criança (fictício) | Habilitações literárias (mãe/pai) | Situação profissional atual (mãe/pai) | Idade com que a criança foi diagnosticada/ Idade atual | Localização demográfica |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|--|-------------------------|
| Alice | André | 9º / 12º | Desempregada/ distribuidor publicidade | 2 / 5 | Covilhã |
| Bárbara | Bruno | 6º / 6º | Desempregada/ ns/nr | 3 / 9 | Covilhã |
| Carolina | César | 12º / ns/nr | Desempregada/ construção civil | 7 / 8 | Tortosendo |
| Deolinda | Dinis | 12º / 12º | Desempregada/ Desempregado | 7 / 9 | Ferro |
| Elisa | Ernesto | 9º / 4º | Desempregada/ Desempregado | 7 / 8 | Cantar Galo |
| Filomena | Francisca | 12º / 4º | Desempregada/ construção civil | 9 / 14 | Covilhã |
| Graça | Gabriel | Licenciatura / 12º | Assistente técnica/ pasteleiro | 3 / 8 | Canhoso |
| Heloísa | Henrique | 12º/ 4º | Técnica spa/ empregado | 7 / 8 | Covilhã |
| Inês | Ivo | 12º (nível 3) / 6º | NS / NR | 7 / 7 | Tortosendo |
| Juliana | Joana | Licenciatura / 9º | Professora/ Instrutor | 8 / 12 | Ferro |

Com o intuito de cumprir o anonimato prometido, optou-se por utilizar nomes fictícios, inventados pela investigadora, das participantes e das referidas crianças na presente investigação. Para uma melhor percepção dos investigados (mães e crianças), decidiu-se principiar a tabela e os nomes com a letra A tanto para a entrevistada como para o respetivo filho(a). De seguida utilizou-se a letra B e por aí em diante. Esta opção deveu-se a uma maior e melhor identificação dos participantes em estudo e das referidas crianças.

4. Construção do Modelo de Análise

A construção de um modelo de análise permite identificar os conceitos principais da investigação e a forma como estes se articulam entre si, possibilitando, igualmente, uma ligação entre os objetivos, os dados a serem coletados e as conclusões. De seguida é apresentado a representação gráfica do modelo conceptual assim como a explicação das dimensões.

O modelo conceptual é utilizado para nos auxiliar a conhecer e compreender, através da esquematização dos conceitos-chave, os objetivos da presente investigação. De acordo com Guerra (2006:38), “as leituras e a sua arrumação num modelo conceptual e analítico correspondem no seu todo a um quadro hipotético explicativo das dinâmicas sociais com o qual se pretende interrogar a realidade, reformulando-o e acrescentando-o ao mesmo tempo que se procura novas pistas empíricas”.



No modelo conceptual anteriormente apresentado são apontadas quatro dimensões de análise. Antes de ser explicada cada uma das dimensões do modelo conceptual, é necessário referir que todas as dimensões se encontram estreitamente relacionadas entre si, podendo vincular-se a mais do que uma dimensão, ajudando, assim, na compreensão e análise da totalidade do fenómeno social em estudo. Daí que, por vezes, para analisar uma dimensão, possa ser necessário convocar ou visitar aspetos de uma outra, embora se procure não cair em repetições.

A **Visão dos comportamentos como problemáticos** é a dimensão de partida que guia toda a investigação, uma vez que é a partir do momento em que é detetado um comportamento menos desejado da criança, e tido como problemático, que todo o processo relativo à hiperatividade surge. Esta 'visão' é criada por dois atores-chave deste processo: os pais e a medicina. Em relação aos pais, estes detetam um comportamento indesejado da criança e definem-no como problemático, muitas vezes alertados por educadores de infância e/ou professores da escola primária, comportamento que até então era tido como 'normal'. Neste sentido pretende-se perceber de que forma esse alerta modifica a perceção dos pais relativamente à conduta do seu filho. Por outro lado, também a medicina considera certos comportamentos como problemáticos, passando a ser entendidos e tratados em termos médicos. Assim sendo, deseja-se compreender de que forma os psicólogos, pediatras e pedopsiquiatras atuam perante tal situação, como produzem significados relativamente a estes comportamentos e o papel que desempenham no processo da sua construção como comportamentos problemáticos, para os quais se preconiza uma solução médica.

A segunda dimensão de análise refere-se à **Construção social/médica da PHDA como problemática/patológica**. Esta dimensão aponta para a análise das leituras que os pais fazem tendo por referência a construção social/médica da PHDA, pelo que é fundamental perceber as suas fontes de informação, assim como o tipo e o nível de informação que possuem. Assim sendo, neste âmbito é igualmente importante perceber em que medida essa construção social é influenciada pelos media, pelas famílias e/ou pelos professores. Para a construção social da PHDA contribui, de modo particular, a sua construção médica, que a categoriza como doença, na qual o papel do médico é fundamental, já que é ele quem diagnostica e prescreve o tratamento, pelo que é fundamental descortinar os mecanismos e as consequências que estão associadas a esse processo médico. Este processo está, em termos sociológicos, descrito por um conceito fundamental, que remete para a dimensão seguinte, o de medicalização.

A **Medicalização** é a terceira dimensão de análise, procurando aqui compreender-se dois aspetos fundamentais desse processo: a procura e a oferta. A medicalização pelo meio da procura é feita pelos pais pois são eles quem procura ajuda e uma solução médicas para o comportamento indesejado do seu filho. Por outro lado, a medicalização pelo meio da oferta é proporcionada pela medicina pois oferece uma vasta gama de resposta ao comportamento problemático das crianças através da farmacologização. A indústria farmacêutica possui um papel fundamental nesse processo da medicalização pela procura, pois é um grande impulsionador do tratamento medicamentoso desta condição (e outras).

A quarta e última dimensão de análise é alusiva ao **Diagnóstico** sendo que o principal propósito é perceber se houve mudanças entre o antes e após diagnóstico e de que tipo. O diagnóstico ocorre quando existe uma procura de ajuda médica e o médico diagnostica a PHDA, sendo que a criança passa a ser rotulada como doente. Esse rótulo, por sua vez, pode causar consequências no modo como a pessoa se vê, no modo como ela é vista pelos outros (pais, educadores, pares e/ou restante família), podendo mesmo, em casos mais extremos, levar ao estigma.

Analisando a representação gráfica do modelo conceptual e a esquematização de relações entre as diferentes dimensões que a constituem, é visível e notório que todas as dimensões se encontram interligadas, visto tratar-se de um processo dinâmico. De facto, apenas em termos analíticos é possível separar todas estas dimensões. Esta representação pode ser decifrada de várias maneiras consoante a interpretação que se faça. Ou seja, este processo pode começar a partir do momento em que os pais detetam uma “anomalia” no comportamento do seu filho e a partir daí desenrolar-se todo o processo que é influenciado pela e contribui para a construção social da PHDA, no âmbito do qual tem bastante influência a medicalização dos comportamentos problemáticos, a qual facilita e encaminha para o momento do diagnóstico. Por outro lado, pode ser a partir do momento em que a criança é diagnosticada como hiperativa que se desperta todo este processo.

Posteriormente à apresentação do enquadramento teórico, assim como das orientações metodológicas do referido estudo e devidas justificações, segue-se a fase da análise e interpretação dos dados recolhidos.

Capítulo II - Análise e Interpretação dos Dados Recolhidos

1. Visão dos comportamentos como problemáticos

A visão dos comportamentos como algo problemático surge quando indícios como a impulsividade, falta de atenção e hiperatividade motora são analisados por pais, professores, familiares e indivíduos próximos da criança, como uma condição ‘anormal’ que necessita (ou pode vir a necessitar) de ajuda e intervenção médica. Tendo em conta estes sintomas, juntamente com os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para a referida perturbação, os comportamentos desordeiros das crianças facilmente são tidos como um verdadeiro problema.

“É assim, o Gabriel quando nasceu (...) era já uma criança muito ativa e com poucas horas de sono. Depois, à medida que ele foi crescendo, a nível de infantário, começou a demonstrar alguns problemas, nomeadamente, enquanto que as outras crianças estavam mais tempo sentadas e sossegadas, o Gabriel nunca conseguiu estar cinco minutos sem estar a mexer os pés, a mexer as mãos, ou a baloiçar-se...” (Graça, mãe do Gabriel)

“Os comportamentos nem fui eu que notei, mais foi na escola! Que a concentração não era nenhuma!” (Heloísa, mãe do Henrique)

“As atitudes dele já principalmente no infantário. O Ivo não consegue estar quieto muito tempo, seja a jogar, seja a fazer trabalhos de casa ou seja... até mesmo a ver televisão. Ele pode estar ali um bocadinho mas qualquer coisa para ele é muito tempo a estar sempre a fazer a mesma coisa. (...) ele tem assim muito impulso, mais do que se calhar outra criança normal. A concentração dele, não tem qualquer tipo de concentração a fazer as coisas. (...), consegue estar com atenção a uma coisa mas ao fim ao cabo ele está ali todo... qualquer coisinha chega pra lhe chamar à atenção, e então, para o distrair. (...) E agora principalmente quando ele entrou pra escola, ele não consegue estar quieto na sala, nem quieto nem calado. As coisas pra fazer, os trabalhos de casa ou mesmo lá na escola, ele demora imenso tempo a fazer o que quer que seja. (...) Basicamente foram esse tipo de situações todas que originaram a que nós desconfiássemos que... (...)”. (Inês, mãe do Ivo)

Este é, tipicamente, o discurso adotado pelos pais quando se dirigem à consulta médica que, na sua grande maioria e tendo em conta a nosografia definida pelo DSM, resulta no diagnóstico de PHDA encaixando, igualmente, com o discurso médico. A partir do momento em que um comportamento menos apropriado da criança é detetado, e tido como problemático, que todo o processo relativo à PHDA surge. Tal como nos alertam Melo e

Quintais (2011), em alguns casos, este problema tinha sido percebido desde cedo, em casa. Em outros casos, foi apenas com a entrada na escola, por volta dos seis anos de idade, que se tornou um verdadeiro problema. Ou ainda, a pressão das duas situações obrigou, a que os familiares solicitassem apoio médico (2011:19). Estas crianças são descritas, pelos pais quando vão à consulta médica, como «ativas», «distraídas», «não param quietas» ou até mesmo «desorganizadas». Segundo a médica pediatra entrevistada, as principais queixas dos pais é que “*não para quieto, não faz o que eu mando, não quer fazer os trabalhos de casa, até as moscas os distraem...*”.

Para além disso, os progenitores referem, igualmente, as queixas provenientes da escola. Grande parte das entrevistadas referiu que não tinha notado qualquer comportamento diferente na criança, que necessitasse de intervenção médica, até ter sido chamada à atenção pelo infantiário e/ou escola. Inclusive referiram que se não tivesse sido esse aviso, provavelmente não teriam ido com o(a) filho(a) ao médico, pois achavam o comportamento ‘normal’ para a idade e para a fase da vida, ou seja, infância. Ideia igualmente corroborada pelos dois profissionais médicos entrevistados que mostraram uma enorme pressão advinda do meio escolar, não para a criança ser diagnosticada, mas para a criança ser medicada. Muito embora essa pressão tenha feito parte do discurso de ambos profissionais médicos, no discurso do pedopsiquiatra esta questão é mais notória.

“(pausa) Pelos pais não [pressão para diagnosticar]. É mais frequente pelos professores. Melhor ainda, não para diagnosticar, mas para medicar! Às vezes pode haver uma certa pressão ou dos pais ou dos professores que é feita através dos pais, para a medicação. Isso acontece. (...) Porque realmente aquela criança, de alguma maneira perturba um pouco a sala de aula e (...), é difícil também por alguma razão, porque têm muitos alunos, lidar com uma situação daquelas, mesmo às vezes o rendimento [escolar] sendo normal”.
(pedopsiquiatra)

Faz sentido fazer aqui alusão à ideia avançada por Saini-Onge (2005 in Suissa, 2007), de que, uma vez medicada, talvez a criança não perturbe a ordem social, aplicando-se, neste caso, ao ambiente e meio escolar, onde se deseja que não haja perturbações dentro da sala de aula devido ao elevado número de alunos. A este respeito Graham (2006), alerta para o facto de pesquisadores britânicos terem descoberto que fatores como a influência do tamanho da turma têm incidência no diagnóstico de PHDA. Portanto, em turmas onde existe um elevado número de crianças, se existir alguma com um comportamento mais desordeiro, facilmente pode ser assinalada como perturbadora, encaminhada para o médico, podendo vir a ser diagnosticada, passando de uma criança ‘rebelde’ a uma criança ‘doente’. Ou seja, existe uma maior probabilidade de constituir um comportamento como problemático, não apenas no sentido da perturbação da ordem, mas também no sentido médico.

“Exige-se, diariamente, disciplina, postura e regras às crianças quer em casa quer na escola” (Melo e Quintais, 2011:17) e caso esses comportamentos e normas não sejam seguidos, existe

uma procura de ajuda médica para voltar à ‘normalidade’. Essa normalidade passa pela tentativa de enquadrar a crianças em regras sociais e em padrões comportamentais socialmente esperados. Esses padrões da sociedade remetem para a ideia cada vez mais generalizada de que “(...) *uma criança que quando a gente diz senta, senta-se e fica ali quieta e sossegada, se for preciso meia hora. Não fazem perguntas nem questionamentos (...), são submissas, não é?! (...)* que não têm grandes acidentes, que dormem seis ou sete horas seguidas (...). Isso é o que a sociedade quer, não é?!” (Graça, mãe do Gabriel).

De acordo com Conrad (2007), aos poucos, os “comportamentos problemáticos” das crianças e a desatenção têm vindo a ser medicalizados, sendo que muito deste trabalho de medicalização é rotineiramente levado a cabo por profissionais não médicos, nomeadamente professores, educadores e psicólogos que identificam, avaliam e administram medicação a “crianças problemáticas”. São estes os profissionais que primariamente identificam os comportamentos das crianças como problemáticos, chamando a atenção dos progenitores, que frequentemente nunca tinham feito essa leitura do comportamento dos filhos, mas que após essa chamada de atenção se sentem pressionados e persuadidos a recorrer a ajuda médica.

Sendo a PHDA caracterizada pelos três sintomas acima enunciados (desatenção, impulsividade e hiperatividade), esta é tida como uma condição “não normal”, fazendo com que a hiperatividade seja construída como problemática, muito embora, na visão das mães, nem sempre o seja. Isto é, embora a hiperatividade tenha vindo a ser uma condição medicalizada e entendida como problemática, as mães, no seu discurso, não a entendem como tal, sendo referenciado como principal problema o aproveitamento escolar devido à falta de concentração e hiperatividade motora dentro da sala de aula e não os comportamentos no seio familiar.

“É assim, propriamente problemáticos eles [os comportamentos] não são! Para mim, pessoalmente, não acho que o sejam. Pelo menos até agora não notei. São problemáticos só no sentido a nível, por exemplo, a nível dele escolar. Ele não consegue ter aprendizagem normal devido à falta da concentração” (Inês, mãe do Ivo).

Segundo Conrad (2006) são as escolas quem identifica crianças como hiperativas ou por causa do excesso de atividade ou pelo insucesso escolar. Para o autor, em mais de metade das crianças, a escola foi o indicador-chave do processo do diagnóstico e, em grande parte deles, foi a impulsionadora na prescrição de medicamentos. Portanto, a hiperatividade é socialmente construída como problemática passando a ser tratada de acordo com padrões e normas médicas de tratamento baseado em fármacos, numa tentativa de repor a normalidade, sendo que a própria condição é tida como “anormal”.

A este respeito, Boavida et al. (1998:22) advogam que esta condição pode manifestar-se muito precocemente, embora cause, em regra, mais problemas na escola do que no ambiente familiar, situação em que o controlo da atenção e da atividade são de extrema importância

para a aprendizagem acadêmica e a integração social e educativa das crianças. Apesar de os pais, numa primeira fase, acharem que algo não está bem com a criança porque não para muito tempo quieta, não se interessa por nenhuma atividade em concreto ou outros aspetos que seriam 'normais' para a idade e fase da vida, não consideram essas atitudes como algo problemático ao ponto de recorrerem a ajuda médica. No entanto, na sua grande maioria, os comportamentos das crianças só foram entendidos como um verdadeiro problema como a entrada na escola, e não no seio familiar.

Para além disso, os autores (1998) alertam que cada caso é um caso, cada criança é diferente e que o grande desafio desta doença passa por distinguir disfunções "normais" relacionadas com o sexo e idade de características comportamentais. É a partir do momento em que existe a conceção dos comportamentos definidos como um problema, que ocorre uma construção social da PHDA como problemática cria-se um novo entendimento desses comportamentos. Isto é, o que antes para estes pais era algo 'diferente' no comportamento do filho, com as chamadas de atenção por parte dos diversos atores-chave como professores, familiares, ou pessoas próximas da criança, esse entendimento de diferente passou a ser analisado como algo problemático, o qual exige a procura de ajuda médica para solucionar (ou pelo menos tentar) o problema do filho. Por sua vez, como veremos mais adiante, o diagnóstico é a confirmação médica da visão desses comportamentos como problemáticos.

Com a medicalização de uma condição ou problema, dá-se a passagem dessa mesma condição ou desse mesmo problema para a esfera médica, acreditando-se que é à medicina que cabe agir sobre eles, já que se trata de uma doença. Uma das consequências dessa monopolização por parte da medicina, é a diminuição da reflexão social sobre essa mesma condição, sendo que a solução passa mais por intervenções médicas individualizadas do que pela procura das causas sociais que podem estar subjacentes ou pode deixar para segundo plano a reflexão sobre o tamanho das turmas, o estilo de vida moderno e as exigências que este coloca a pais, professores e às próprias criança problema. Intervir sobre os alunos problemáticos recorrendo a soluções médicas. Sobre esta questão será providenciada uma análise mais alargada no ponto relativo à medicalização.

2. Construção social/médica da PHDA como problemática/patológica

A construção social da PHDA como problemática pode ser despoletada a partir do momento em que existe uma disseminação de informação da doença em diversos meios de comunicação social, e também como resultado da partilha de experiências e casos particulares, que se vão reproduzindo e gerando informação resultante dessas experiências. De referir que para a construção social da PHDA também contribuiu a crescente disseminação do conhecimento médico sobre esta perturbação e também o número crescente de casos, o que a faz chegar ao público alargado.

De um modo geral, as mães indicaram estar minimamente informadas acerca do que é a PHDA e seu método de tratamento. No entanto, quando questionadas acerca do conhecimento da

doença, a grande maioria não estava completamente informada existindo, ainda, algumas dúvidas, principalmente relacionadas com a terminologia médica.

“Não sabia nada! Já tinha ouvido falar em hiperatividade mas... mesmo em conclusão não sabia mesmo nada. (...) Ainda hoje não sei o que é, estou mesmo um bocadinho perdida... sei que ele é [hiperativo], sei que tem de tomar a medicação, todos os dias, para poder estar sossegado na escola. Mas até hoje, ainda não consegui perceber o que é”. (Carolina, mãe do César)

“Basicamente eu não sabia assim muita coisa (...) fui falando com as pessoas e fui sabendo algumas coisas. Inclusive, na altura, com a educadora dele. Já nessa altura, quando ela me veio falar na situação, era uma coisa que praticamente não conhecia. Já tinha ouvido falar mas não sabia basicamente nada do que se tratava!” (Inês, mãe do Ivo).

Este ‘ouvir falar’ a que estas mães se referem, trata-se de um entendimento que a sociedade, no geral, possui da PHDA, como a criança que não para quieta, que faz mil e uma coisas e que tem ‘bichinhos carpinteiros’ ou ‘pilhas duracell’, tal como referiram algumas entrevistadas. Neste aspeto, o pedopsiquiatra alerta para o facto de a questão da hiperatividade e défice de concentração ser uma questão do conhecimento geral, quer a nível escolar quer a nível da sociedade, mas *“o problema, às vezes, é que exageram e chamam a tudo hiperatividade e défice de atenção e às vezes não é”*. Portanto, isso significa que qualquer criança que tenha um comportamento mais agitado e que tenha mais energia que as outras crianças ditas ‘normais’, pode facilmente ser ‘vítima’ de um ‘diagnóstico’ de hiperatividade, mesmo não obtendo uma confirmação médica. Essa perceção que a sociedade, no geral, possui da PHDA advém, muitas vezes, de casos expostos publicamente em canais de televisão em horário nobre, em artigos de jornal, revistas informativas, etc., que ajudam o público a construir a hiperatividade como algo problemático.

Ainda hoje, como se pode analisar pelo testemunho anteriormente citado, a Carolina não sabe o que é a PHDA. Apenas sabe, porque o médico assim o indicou, que o seu filho é hiperativo e tem de tomar a medicação para estar sossegado na escola e, assim, ter melhores resultados. Isto demonstra que, para além das crianças, os próprios progenitores encontram-se sobre pressão, uma vez que, para além dos outros aspetos da vida quotidiana, têm de ser bons pedagogos e resolver todos os problemas do filho, mesmo que seja através da medicação e desconhecendo os possíveis efeitos secundários, as causas, as implicações futuras, entre outros fatores que possam ser prejudiciais para o futuro da criança.

Por outro lado, houve testemunhos de mães que já detinham algum conhecimento da doença e de todo o processo relativo a ela já que anteriormente tinham vivido a doença através de outros filhos. No entanto, e apesar disso, a informação que estas mães possuíam era igualmente escassa baseando-se apenas na vivência da doença e não da compreensão da mesma. Isto é, quando questionadas acerca do que é a doença, mesmo já tendo tido contacto

com ela, o conhecimento era equivalente ao de mães que estavam, pela primeira vez, a conviver de perto com a doença. Isso acontece porque existe bastante controvérsia e aspectos ainda por esclarecer, como por exemplo, a sua etiologia.

Os *media* de hoje, tal como advoga Clarke (2011), são fundamentais para o conhecimento e compreensão de vários aspectos da vida quotidiana, incluindo questões sobre o risco de vários diagnósticos, tais como a PHDA. A maioria das pessoas constrói um entendimento social do risco da doença através dos meios de comunicação. Apesar da visão desta autora, cerca de metade das mães entrevistadas não tinha feito, até ao momento, qualquer pesquisa extra (na internet ou outro meio), não tendo por isso qualquer outra informação para além da que foi fornecida pelos médicos ao longo das consultas.

“Não. Sou muito sincera, não [não procurou mais informação]. Como já conhecia mais ou menos casos de hiperatividade, nem me deu... por acaso. Se calhar foi um defeito que fiz mas por acaso ainda não fui [pesquisar]. Mas se calhar você vai-se embora e eu vou tratar disso! (risos). Isso é um alerta!” (Heloísa, mãe do Henrique)

“Não, não procurei [mais informação]. (...) porque (...) acredito na médica que o está a acompanhar e (...) leva-me a não procurar mais (...)”. (Elisa, mãe do Ernesto)

Nestes dois testemunhos houve dois motivos para não procurar mais algum tipo de informação acerca da PHDA. Por um lado, o conhecimento de outros casos em filhos de amigos fez com que a entrevistada achasse que não seria necessário pesquisar mais informação acerca da doença, dando como adquirida e inquestionável toda a informação proveniente desses amigos e da classe médica. Por outro lado, a confiança no conhecimento médico fez com que a Elisa não procurasse mais informação. Isso sucede porque “os especialistas utilizam o poder do discurso científico para impor aos demais o que consideram que seja a verdade” (Brzozowski e Caponi, 2009:1181) e, portanto, os conhecimentos médicos são considerados irrefutáveis.

“No geral não [não estão informados acerca da doença]. Não têm grande interesse nesse aspeto. Pelo menos... A gente fala-lhes do que se passa e depois não sei o que é que fazem. Mas não noto que eles tenham muitas perguntas, e queiram saber muita coisa da doença ou tenham curiosidade de ir ver”. (pediatra)

Em contrapartida, a outra metade das entrevistadas demonstrou ter procurado e feito o ‘trabalho de casa’ em pesquisar na internet mais informação acerca da condição. A internet, como nos alertam Iriart e Ríos (2012:1011), converteu-se numa ferramenta útil, já que oferece um fácil e rápido acesso a inúmeros espaços dedicados à identificação e tratamento da PHDA, tais como questionários e outro tipo de informação. No entanto, qualquer pessoa pode, através de um *blog* ou *site*, escrever acerca de qualquer assunto (nomeadamente acerca da PHDA) e, portanto, é necessário fazer uma seleção do tipo de informação que se

encontra, sendo que nem todas as pessoas detêm os recursos necessários para distinguir entre fontes de informação mais ou menos confiáveis.

“(...) nós [pais] fizemos o nosso trabalho de casa [pesquisar na internet]”. (Graça, mãe do Gabriel)

“(...) eu também estou sempre agarrada ao computador. Pronto, também tenho um vício que é estar no computador. (...) Eu tenho que andar sempre a procurar, ando sempre a pesquisar e enquanto eu não pesquiso tudo e mais alguma coisa, eu não descanso”. (Juliana, mãe da Joana)

Através dos casos anteriormente expostos, percebe-se que existe uma diferenciação relativamente à forma como os progenitores têm acesso e lidam com as fontes de informação existentes. Por um lado, há quem recorra a outro tipo de fontes procurando mais informação e, por outro, há pais que se cingiram, apenas, à informação fornecida pelos médicos que acompanham os seus filhos ao longo das consultas.

Apesar disso, a informação de que estas mães sentem falta não se encontra apenas relacionada com questões médicas. Uma grande parte das entrevistadas considera que seria importante haver mais informação acerca de como lidar com a criança quando ela está mais agitada. Sustentam necessidade de partilhar e trocar a sua experiência com outras mães que estejam a passar pelo menos, ou já passaram. Sentem que estão sozinhas, com um problema entre mãos, e que deveria haver mais apoio a nível do Estado, da escola e de uma associação que lhes proporcionasse informação e apoio necessários.

Mais informação sobre temas de saúde favorece uma democratização deste campo, o problema é que tipo de informação se transmite, quem gera os dados, como se constroem e difundem, e que interesses estão por detrás deles (Iriart e Ríos, 2012:1012). Por este motivo, uma das entrevistadas referiu que realmente já tinha procurado alguma informação mas, como às vezes nem tudo o que vem na internet é o mais certo, nunca se ‘fiou’ pela informação de lá, mas sim pelo conhecimento advindo do médico. No entanto, este é o método mais utilizado para procurar outro tipo de informação e a internet tem um papel fundamental no modo como se constrói um entendimento social da PHDA.

“A internet tem um papel fundamental umas vezes bom outras vezes mau porque na internet existe de tudo. Existe muitos disparates e se a pessoa realmente não tem um bom feeling, vai ler coisas que não deve ou que não estão corretas cientificamente e é muito complicado”. (pedopsiquiatra)

Apesar de a internet não ser um meio completamente fiável no respeitante ao nível e tipo de informação que lá se produz, encontra-se no centro da revolução das comunicações, tornando-se o canal por *excelência* de oferta de informação que permite aos pais de crianças

hiperativas (ou potenciais), construir o significado social da hiperatividade (Giddens, 2001). É através dessas informações que existe a possibilidade de os pais fazerem um pré-diagnóstico da (possível) condição do seu filho, levando-o pré-definido ao médico. Basta fazer uma breve pesquisa pelo motor de busca na internet, colocando “hiperatividade infantil”, por exemplo, e a quantidade de informação que aparece é imensa.

Note-se que a informação encontra-se disponível para qualquer pessoa, o que faz com que outros atores sociais como os professores, familiares e ou indivíduos descontextualizados com a doença, façam um entendimento e produzam significados em torno da PHDA como algo problemático. Embora não esteja claramente assumido ao longo das entrevistas, percebe-se, com o decorrer das mesmas, que a escola assim como a família e a sociedade em geral, têm um papel fundamental neste processo, uma vez que, em muitos dos casos, é a partir da chamada de atenção destes atores-chave que todo este processo relativo à hiperatividade desponta. Deixa de ser apenas um problema passageiro e passa a algo com contornos problemáticos passível de ajuda médica.

As entrevistadas que confirmaram ter feito alguma pesquisa na internet sentiram necessidade de o fazer essencialmente por dois motivos. Em primeiro lugar, pelo facto de haver ainda aspetos da doença que se encontram desconhecidos, tais como a sua etiologia; em segundo lugar, estas mães sentem falta de informação por parte dos médicos de como saber lidar com as crianças. Apesar da informação fornecida pela classe médica e disponível em qualquer meio de comunicação, ainda existem aspetos pouco estudados e muita contradição nos já existentes, podendo gerar, como vemos no ponto seguinte, um sentimento de culpa nestas mães.

A construção social da PHDA acontece quando é detetado um comportamento menos apropriado e esperado da criança. Este comportamento é entendido como não normal, como problemático, no fundo, como um comportamento desviante. Estes comportamentos socialmente problemáticos são depois também entendidos, pela medicina, como problemas médicos, ou seja, é-lhes dada uma origem somática, e logo, uma solução médica. A medicina constrói medicamente a PHDA como patológica, uma vez que a inclui no domínio da sua atuação e a solução se centra essencialmente, na prescrição de tratamento farmacológico. O campo de atuação da medicina encontra-se cada vez mais vasto, sendo que também as crianças são ‘apanhadas’ na ‘teia’ de novas doenças e novos diagnósticos.

2.1. Sentimento de culpa

De acordo com Brzozowski e Caponi (2009) e Boavida et al. (1998), o diagnóstico de PHDA é essencialmente clínico e subjetivo, baseado em critérios comportamentais expressos por pais e/ou professores através de questionários de Conner ou verbalmente na consulta médica, e não existem registos no exame físico ou resultados laboratoriais que possam confirmar ou contestar o diagnóstico. Perante a inespecificidade do diagnóstico e sua etiologia, as mães, na sua grande maioria, referiram a genética como a principal causa para a PHDA.

Apesar dos inúmeros estudos já realizados relativos a esta matéria, ainda não se tem conhecimento das causas da PHDA. Investigadores como Brzozowski et al., (2010); Fish, (2004) e Daley et al., (2008), apontam que existem possíveis fatores genéticos e ambientais responsáveis pelo desenvolvimento da doença na criança. Inicialmente o comportamento problemático das crianças era tido como uma irresponsabilidade dos pais mas, com o surgimento de uma nova causa para a PHDA, houve uma transferência de causas teóricas de comportamento problemático da esfera social para o cérebro individual (Singh, 2004).

Segundo Carpenter e Austin (2008 in Mills, 2010), as mães sentem-se culpadas e responsáveis pela doença do filho e por facilitar a adaptação da criança ao meio escolar para que ela seja aceite como ‘capaz’. Este sentimento de culpa é partilhado por algumas mães devido à não existência de uma causa específica para a PHDA e por uma falta de informação advinda da classe médica, tal como nos testemunhos seguintes:

“Não sei... porque provavelmente não sei se foi genético, se foi alguma coisa que eu não tive capacidade de poder fazer (...) e pronto, sinto-me assim um pouco culpada porque penso que foi algum erro que eu fiz, quando andava grávida ou assim, não sei. Não posso explicar... (...). A médica, pronto, disse para eu não pôr as culpas em mim, porque pode ser já de família, (...). Mas eu acho que uma mãe sente-se sempre culpada sempre de alguma coisa, mesmo não tendo culpa, sente-se sempre culpada de alguma coisa com o filho”. (Bárbara, mãe do Bruno)

“(...) Sim, culpava-me muito pela questão dela ser assim... (...). Senti muita culpa! Não posso explicar porquê, assim pormenorizadamente não posso explicar porquê, mas sentia muita culpa. Porque as coisas podiam ter sido diferentes, a gravidez podia ter sido melhor, podia ter sido mais calma e se calhar foi por causa disso que ela veio assim mais... sei lá, mais ativa, talvez por causa do sistema nervoso, porque a gente passa tudo aos filhos... E sim, senti-me muita vez culpada... aliás, muito culpada! Mas pronto, depois disso com o tempo também foi acabando por atenuar um bocadinho!” (Filomena, mãe da Francisca)

No discurso proferido por estas mães, não existe uma razão específica para o sentimento de culpa que as acompanha com o passar do tempo e a sensação de que cometeram uma falha durante a gravidez é a grande responsável por tal sentimento e o fator genético, tal como advogam Boavida et al. (1998), apesar de ainda não se encontrar devidamente explicado, tornou-se particularmente útil na articulação de uma causa neurológica à PHDA e na desculpabilização dos pais e próprias crianças. Apesar disso, quando Filomena declara que *“depois disso [a culpa] com o tempo também foi acabando por atenuar um bocadinho!”*, não significa que esse sentimento tenha desaparecido ou atenuado devido à confirmação do diagnóstico, mas sim da aceitação da condição como algo que tinha de ser assim, porque é genético do qual não tem controlo e porque passou por uma fase menos positiva enquanto progenitora.

A intervenção médica não significa, necessariamente, que as mães não se sintam culpadas pelos comportamentos de seus filhos, mesmo que elas próprias defendam a narrativa 'cérebro-culpa'. Na verdade, como as mães tentam traduzir um entendimento biomédico da PHDA nas suas experiências relacionais com seus filhos, o sentimento de culpa é reconstituído em vez de abolido (Singh, 2004), tal como no exemplo que se segue:

“(...) perguntei muitas vezes se a culpa não tinha sido minha... (...). Eu acho que já me deixei de culpar pela situação do André. Acho que não vem da educação que nós damos ao André porque realmente nós sempre pensávamos que nós é que estávamos a errar, mas acho que não. É do próprio cérebro do André, não tivemos culpa”. (Alice, mãe do André)

Quando esta mãe diz “*é do próprio cérebro do André, não tivemos culpa*” sugere que ninguém seja culpado pela doença e ninguém deve ser responsabilizado por tal situação. Neste caso, esta mãe possuía um sentimento de culpa que foi amenizado pela narrativa 'cérebro-culpa' (Singh, 2004), deixando de se sentir responsável pela doença e condição do seu filho. Neste caso, a colocação do rótulo de doença, e muito particularmente a atribuição de sua etiologia a causas genéticas, funciona no sentido do descrito por Parsons (1951), no seu conceito de *sick role*, já que o indivíduo, e neste caso, os pais, não são culpabilizados por o filho possuir uma doença, tendo seguido o percurso socialmente esperado no processo - a procura de tratamento médico.

A classificação da PHDA como uma patologia, aliada ao facto de existir um método de tratamento farmacológico que possibilita diminuir os sintomas de hiperatividade e o défice de concentração, coloca os progenitores numa quase exigência de resolver medicamente o problema do seu filho, o que socialmente é o esperado.

Na sua obra Conrad (2006), descreve a maneira pela qual os pais são absolvidos no processo de etiquetagem das crianças. Ele argumenta que a atribuição de um rótulo reconhecido medicamente tanto pode dar acesso a uma gama de recursos como também pode fazer algo para reduzir a culpa que muitas vezes se atribui a ter filhos considerados difíceis pela escola. A ideia de que pode haver uma razão biológica para o comportamento da criança remove a culpa dos pais que enfrentam a pressão social e institucional para alocar responsabilidades. Apesar de o sentimento de culpa ser o discurso maioritário nas entrevistas, também houve quem não se sentisse responsável pela doença do(a) filho(a), tal como no exemplo destes testemunhos:

“Não tenho de me sentir culpada de nada. Não tenho culpa, não é!? Isso não”. (Juliana, mãe da Joana)

“(...) não tenho de me sentir culpada. Não tenho motivos para me sentir culpada! Ele foi uma criança desejada, veio porque a gente quis, aceitamo-lo como ele é!” (Graça, mãe do Gabriel)

Em todos os discursos, havendo ou não sentimento de culpa das mães pela condição do seu filho, as mães fizeram questão de mencionar que ser hiperativo é uma realidade e ‘mal-educado’, outra. Talvez tenham sentido a necessidade de se afirmar como ‘boas mães’ e que a questão não está no tipo de educação que lhes dão, mas sim num ‘problema’ comportamental pelo qual estão a passar e que vai ser ultrapassado com a idade. Para Brzozowski e Caponi (2009:1183), se há dúvidas quanto ao problema da criança, se ela é doente ou não, se seus maus comportamentos derivam de “falta de educação” ou de uma patologia, essas são sanadas quando ocorre a consulta médica.

3. Medicalização e Farmacologização

A medicalização pode ocorrer após a confirmação médica, isto é, através de um diagnóstico, uma vez que problemas sociais são convertidos e entendidos no âmbito de um quadro médico, como uma patologia. A medicina transforma questões sociais em distúrbios, transtornos, perturbações e/ou outras categorizações, o que as reduz à sua dimensão individual, aquela sobre a qual a medicina intervém, reduzindo a sua dimensão social e a reflexão sobre as suas causas sociais.

Existem dois fatores diretos fundamentais no processo de medicalização: a “oferta” e a “procura” (Conrad e Leiter, 2004). No caso da PHDA, a medicalização pelo meio da “oferta” é protagonizada pela medicina, pois esta oferece uma vasta gama de resposta ao comportamento problemático das crianças através da farmacologização. Aqui, é o médico quem diagnostica e prescreve o tratamento, abrindo toda uma nova área da atuação da medicina e dando lugar a novas pericialidades médicas, o que contribui para aumentar o prestígio e poder da profissão médica. A medicalização pelo meio da procura efetiva-se pelos pais, pois são eles que levam o seu filho ao médico, no entanto, existem outras pressões advindas da escola, professores, vizinhos, familiares, entre outros que ajudam a fomentar essa procura. Aqui procura-se, espera-se que a medicina intervenha em questões problemáticas, tais como a hiperatividade. A medicalização pelo meio da procura acontece quando os pais se dirigem ao consultório médico, apresentando um “pré-diagnóstico”: “o meu filho é muito irrequieto, talvez seja hiperativo”. Isso ocorre, entre outros fatores, devido à publicidade direta ao consumidor, uma vez que ajuda na construção social da hiperatividade, moldando os significados que os indivíduos atribuem e associam aos sintomas da doença. No entanto, a maior divulgação também contribui para que os pacientes estejam cada vez mais informados, exigentes e críticos do atendimento médico.

O conceito de medicalização encontra-se estreitamente relacionado com a farmacologização e, por conseguinte, a utilização de medicamentos no tratamento de problemas sociais (Suissa e Collin, 2007). A PHDA, sendo definida por profissionais médicos e pelo DSM-IV-TR como um problema de saúde sério que necessita de tratamento e avaliação, deixa de parte questões sociais. “Se pensarmos que crianças barulhentas estão doentes e têm problemas neurológicos

e desequilíbrios químicos, não nos permite olhar para problemas sociais: como o desemprego, coesão social, escolas, entre outros” (Maturó, 2012). A medicina é uma instituição ainda muito marcada pelo modelo biomédico, deixando para segundo plano aspetos pessoais e sociais da doença.

“Eu acho que também tem a ver [o facto do filho ser hiperativo], se calhar, o ambiente em casa! Como nós, eu mãe e o pai, somos um bocado nervosos, se calhar a nossa maneira de ser, eu falo por mim, a maneira de eu ser que às vezes me exalto facilmente, por causa do sistema nervoso, o esteja também a afetar. (...) e sabe que duas pessoas desempregadas, chegamos a um ponto que ficamos desorientadas, não é?!” (Elisa, mãe do Ernesto)

“Acho que turmas reduzidas, com professores direcionados para os miúdos hiperativos os resultados seriam bem melhores!” (Juliana, mãe da Joana)

Através dos testemunhos de todas as entrevistadas, é notório que existem diversos fatores que enunciam como prejudiciais ao comportamento dos filhos, tais como o ambiente familiar e o desemprego dos progenitores; e, por outro lado, enunciam outros que ajudariam na obtenção de melhores resultados escolares, tais como professores direcionados e apoio mais individualizado a cada aluno diagnosticado com PHDA. Devido à falta de concentração, estas mães consideram que turmas mais reduzidas seria algo benéfico e vantajoso para a apreensão dos conhecimentos lecionados na sala de aula.

Para Graham (2006), em vez de medicar um número crescente de crianças para que possam permanecer sentadas na sala de aula, precisamos mudar a forma como ensinamos na escola. Em vez de esperar que as crianças se autorregulem e sejam autónomas, precisamos apoiar e orientar as crianças a modelar esses comportamentos nas nossas próprias práticas pedagógicas. É preciso reconhecer e aceitar o que é normal.

Com a medicalização da PHDA, a escola fica desculpabilizada relativamente ao ensino, uma vez que ao detetar a criança como um problema e não o que se passa em seu redor, não se analisa criticamente o papel da escola na função educativa da criança e suas intervenções relativamente ao que é necessário a cada aluno. Para além disso, não se discute a atuação dos professores, a sua metodologia de ensino, seu relacionamento com os alunos, etc.

Caponi (2009) sustenta que os comportamentos socialmente indesejados permitem que quase todos os nossos sofrimentos e condutas sejam redefinidos em termos médicos. As fronteiras entre o normal e o patológico parecem ter-se tornado cada vez mais ambíguas, móveis e instáveis. A medicalização de condutas classificadas como anormais estende-se a praticamente todos os domínios da nossa existência (2009:530), tal como aconteceu com a PHDA. A medicalização limita a definição de saúde e alarga a definição de doença. Existe uma crescente pressão para medicalizar as dificuldades e problemas da vida quotidiana (Conrad e Leiter, 2004), tal como a impulsividade, a distração e a hiperatividade motora.

De acordo com Barbarini (2011:105), a literatura psiquiátrica define que o tratamento adequado à PHDA é o uso de psicostimulantes, como o metilfenidato (ou Ritalina[®]), associado à psicoterapia. No entanto, tendo em conta a vasta bibliografia nesta área, a prescrição de medicamentos a crianças diagnosticadas é o principal recurso para o tratamento da PHDA e controlo de seus sintomas. Ou seja, enquanto a medicação necessita apenas de um médico que prescreva o medicamento e vá acompanhando a criança ao longo do tempo, a psicoterapia exige mais profissionais de saúde especializados e habilitados a seguir estes casos, como também um espaço físico para as sessões e devido acompanhamento.

Clarke (2011) refere que intervenções médicas, psicológicas, educacionais e sociais têm sido investigadas. No entanto, o tratamento mais comum para a PHDA é o farmacêutico, tal como comprovado pelas entrevistas realizadas nesta investigação. Em todos os casos analisados, o método de tratamento para a PHDA passa pela administração de medicamentos psicostimulantes que, à exceção de dois casos, foi o primeiro método de tratamento.

“(...) em termos de químicos, foi o último recurso. Fizemos todas as terapias que havia a fazer e continuamos a fazer. Tanto que em termos de medicação damos-lhe o mínimo dos mínimos. Só porque entrou para a escola primária e era extremamente necessário. Porque de resto, temos feito tudo para evitar o químico”. (Graça, mãe do Gabriel)

A medicação acarreta uma enorme controvérsia devido à escassez de provas quanto à sua real eficácia. Apesar da falta de explicação ou prova conclusiva em relação à PHDA e sua etiologia, o uso de medicação estimulante tem vindo a aumentar por todo o mundo (Graham, 2006), tornando-se ‘a’ forma privilegiada de tratamento. Brzozowski e Caponi (2009:1182) consideram que “apesar do poder do discurso científico, grande parte dos pais são resistentes ao uso de medicamentos. Muitas vezes dão às crianças contra sua vontade ou então rejeitam a opinião médica e não seguem o que foi prescrito. Isso demonstra que ainda há certa resistência ao uso de psicotrópicos em crianças pela sociedade”. No que respeita à presente investigação, o medicamento como método de tratamento, apesar da discussão em torno da sua eficiência, foi bem-aceite por todas as entrevistadas. Muito embora alguns pais tenham mostrado uma relutância e oposição iniciais à toma da medicação, passado algum tempo acabaram por aceitar:

“É assim, aceitei porque é assim, se era para o bem dela... porque acima de tudo está o bem dela, não é?! Se era para o bem dela, pronto, claro que sim! Tinha mais era que aceitar. Até porque é para a ajudar (...). O marido nem tanto, o marido é contra medicamentos, e essas coisas. (...) Mas, com o tempo depois foi compreendendo que realmente era o melhor para ela”. (Filomena, mãe da Francisca)

“Eu aceitei porque foi a maneira de o manter mais calmo, (...). Agora o meu marido não aceitou bem. O meu marido não queria que lhe desse medicamentos. Não queria que o miúdo

fosse medicado. Ainda tivemos problemas, ainda discutimos, porque ele não aceitava (...). Mas agora já aceita!” (Elisa, mãe do Ernesto)

O tratamento farmacológico é mais facilmente aceite pelas mães, existindo uma certa oposição por parte dos pais, uma vez que eles consideram que a criança é demasiado pequena para iniciar um processo farmacológico, ou porque entendem que se trata apenas uma fase da vida que vai passar e/ou atenuar com a idade, ou até mesmo porque não consideram os comportamentos das crianças como algo problemático que necessite de tratamento médico. Esta não-aceitação inicial por parte dos pais pode acontecer por qualquer um dos motivos e explicações apresentados anteriormente ou por uma junção de todos esses fatores. Esta diferenciação entre homens e mulheres na aceitação da medicação pode estar associada ao facto de as mulheres serem, na sua grande maioria, as gestoras da saúde no contexto familiar, pelo que sentem a responsabilidade de seguir o regime prescrito pelo médico. Além disso, as mulheres, devido às ideologias baseadas no género, são particularmente mais vulneráveis ao processo de medicalização. São elas quem leva a família ao médico e as responsáveis pela promoção do bem-estar e saúde familiar, sendo que o seu papel social é cuidar da família, nomeadamente dos filhos. Uma vez que as mulheres estão mais atentas aos sintomas e que vão mais vezes ao consultório médico, encontram-se mais predispostas a aceitar a medicação como primeira opção.

A Ritalina[®], associada à PHDA na década de 1980, atua como estimulante do sistema nervoso central, aumentando, em teoria, o desempenho das funções executivas e auxilia crianças diagnosticadas com PHDA (acima dos seis anos) a desempenhar melhor as suas atividades diárias, especialmente tarefas escolares, embora não estejam completamente claros os seus mecanismos de ação do medicamento (in Barbarini, 2011:107). A posterior aceitação dos pais deste método de tratamento, está relacionada com o facto de a Ritalina[®] ter vindo a ganhar cada vez mais popularidade mundial, pois oferece uma resposta positiva a inúmeros casos de crianças diagnosticadas com PHDA e pelo facto de o medicamento carregar um significado simbólico de cura, promovendo o bem-estar e a “normalidade” que se deseja (Barbarini, 2011).

“Muitas vezes, quanto à questão da medicação, existe uma certa reticência. Algumas reticências quanto à medicação. (...) Há quem não aceite a medicação por várias razões. Ou porque acha que as crianças são novas demais pra tomar a medicação, com seis anos ou sete é novo demais, ou porque foram à internet e andaram a ler coisas que dizem que realmente a medicação causa dependência e que é uma droga que torna... que no futuro vão ser toxicodependentes. Pronto, por uma série de razões pode haver uma grande resistência à medicação”. (pedopsiquiatra)

Apesar de nas suas consultas o pedopsiquiatra verificar uma certa resistência à medicação, tal não foi notório nas entrevistas realizadas. Muito embora existisse uma ligeira resistência

inicial ao medicamento, o certo é que a medicação é hoje o método de tratamento necessário devido, segundo as entrevistadas, à entrada dos filhos no sistema escolar. Espera-se da medicação o que ela promete, uma criança tranquila, atenta e sociável, que tenha bons resultados escolares e que não seja problemática no espaço educativo, familiar e social.

De acordo com Iriart e Ríos (2012), a disseminação descontextualizada da informação sobre a saúde produz biomedicalização e gera um sentido comum na cura. No caso da PHDA, pais e professores veem-se pressionados a atuar segundo esta ideologia de controlo individual. Segundo as autoras, isto gera uma profunda mercantilização do sofrimento infantil, já que pais, convertidos em consumidores, buscam os serviços de profissionais recomendados nos *sites*, ou outros, vão munidos de informação que lhes permite descrever mais precisamente sinais e sintomas conducentes ao diagnóstico de PHDA e possivelmente à medicação (2012:1012). Existe, portanto, uma associação entre a PHDA, medicação e um controlo dos sintomas e, conseqüentemente, da criança diagnosticada, procurando-se a ‘normalidade’ que tanto se ambiciona. Relativamente a este aspeto, Maturo (2010) salienta que é mais barato e simples rotular uma criança rebelde como alguém que sofre um desequilíbrio químico, em vez de se ter em conta outros fatores como o possível desemprego dos pais, a pobreza do bairro ou outros problemas na família.

Em relação a este aspeto, o pedopsiquiatra sublinha a importância de aspetos sociais, como o sistema escolar e o ambiente familiar. O ambiente familiar porque os pais têm de ter um papel fundamental na aplicação de normas e na exigência de regras à criança em casa; e o sistema escolar porque, com a implementação da escolaridade obrigatória até aos dezoito anos, obriga a que alunos que não tenham um bom rendimento continuem no sistema escolar. Para este profissional médico, este é um dos motivos para o aumento do número de diagnósticos de PHDA, uma vez que uma criança com esta patologia tem dificuldade em permanecer quieta e concentrada numa sala de aula, e ser obrigada estudar para conseguir prosseguir nos estudos pode tornar-se um processo entediante. No entanto, apesar de serem apontadas possíveis causas sociais para a PHDA, o método de tratamento é médico. Em vez de existir uma preocupação com a pobreza de experiência escolar e familiar das crianças, a tendência dominante é a de considerar a criança como um problema.

Uma possível resistência inicial deste método de tratamento por meio de medicamentos, por parte de alguns progenitores, advém também da ausência de informação acerca dos potenciais efeitos secundários da medicação. Tendo como referência o folheto informativo da Ritalina[®], aprovado pelo Infarmed²⁵ em 26/03/2013, o ponto número 4 refere-se aos efeitos secundários possíveis, divididos em vários subpontos: frequentes (afetam menos de 1 em 10 pessoas), pouco frequentes (afetam menos de 1 em 100 pessoas), raros (afetam menos de 1 em 1.000 pessoas) e muito raros (afetam menos de 1 em 10.000 pessoas). Entre eles pode ler-se: ‘variações de humor ou alterações de personalidade’ (frequente), ‘pensamentos ou ações suicidas’ (pouco frequentes), ‘sentir-se muito excitado, hiperativo e desinibido’ (raro) ou até

²⁵ Disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32229&tipo_doc=fi (consultado a 18/09/2013)

'ataque cardíaco' (muito raro). São igualmente mencionados mais alguns efeitos como dores de cabeça, sonolência, falta de apetite, entre outros aspetos, correspondendo ao discurso das mães. Surge a questão: dar ou não dar medicação?

Em diversos países, como os Estados Unidos, existem discussões em torno dos possíveis efeitos secundários a longo prazo da medicação. No entanto, em países como Portugal, em que a medicação é relativamente recente, esse debate ainda é incipiente e está longe de ser considerado um debate público, existindo a tendência de aceitar o método de tratamento 'convencional' de forma acrítica.

"(...) porque são medicamentos ainda relativamente recentes, não é?! Por isso não sabemos quais são os efeitos secundários. Mas é assim, eu como já dei ao [filho] mais velho e até agora ainda não vi nenhum efeito secundário, penso que também não será daqui por vinte anos que os vai ter, não é?! Portanto, fiquei um bocadinho mais tranquilizada sobre isso. (...) O efeito secundário que há é falta de apetite, um bocadinho de sonolência... opá, mas isso... isso aí depois compensa-se. Damos vitaminas, pra compensar. Não há assim nenhum efeito secundário que a gente diga... que nos assuste e digamos assim "não damos mesmo!", não é?! não há nenhum efeito secundário que nos assuste!" (Juliana, mãe da Joana)

"As primeiras vezes que o médico aconselhou a começarmos a medicação nós, pura e simplesmente, não aceitámos. Porque a medicação tem efeitos secundários e a última coisa que na nossa opinião se devia dar era a medicação. Expusemos o nosso ponto de vista ao médico, ele expôs o dele e tentámos encontrar um meio-termo". (Graça, mãe do Gabriel)

Apesar de terem conhecimento de alguns dos possíveis efeitos secundários, e apesar da controvérsia em torno da sua real eficácia, o medicamento ainda continua a ser a forma primária de tratamento de crianças diagnosticadas com PHDA porque tal como algumas mães enunciaram, com a medicação as crianças passaram a estar mais concentradas na sala de aula e com isso o rendimento escolar já era o esperado, já obedecem mais às ordens e regras que lhes são impostas e além disso, as mães deixaram de ter queixas constantes da escola relativamente à conduta e mau comportamento do filho. Portanto, a medicação encontra-se associada ao aumento da produtividade (escolar ou profissional) e/ou à expectativa de melhor desempenho escolar (Barbarini, 2011), daí ser a forma privilegiada de tratamento, não deixando de ser, simultaneamente, uma forma de exercer controlo social sobre as crianças que não cumprem o socialmente esperado.

De acordo com Boavida et al. (1998), os psicostimulantes devem ser utilizados de forma descontínua, com interrupções aos fins de semana, feriados e férias. A situação deve ser reavaliada anualmente de acordo com a informação dos pais e professores após um período inicial sem medicação (1998:28). No entanto, há casos de crianças que tomam a medicação todos os dias, incluindo fins de semana, feriados e mesmo nas interrupções letivas. As mães fazem-no porque, ou existe uma indicação e prescrição médica para o fazerem, ou porque

vão estar num ambiente em que é necessário que estejam calmos e sossegados, ou até porque o período letivo está a terminar e com a aproximação das avaliações é necessário que a criança esteja mais concentrada nos estudos e os resultados sejam os esperados. A medicação converte-se tanto na solução como na prevenção de um problema, neste caso de comportamentos entendidos como problemáticos.

De um modo geral, as entrevistadas referiram uma grande diferença entre o antes e o após medicação. Grande parte referiu que a impulsividade e a agitação motora diminuíram notoriamente, refletindo-se nas classificações da escola, uma vez que a concentração já era mantida durante mais tempo. No entanto, essa diferenciação no comportamento foi, inicialmente, motivo de preocupação.

“A medicação mantém-no calmo, e no princípio foi um bocado complicado de lidar com aquilo, porque acho que andava ali uma criança morta... para uma criança assim muito mexida. Ele com a medicação ficava assim um bocado... assustador! (...) Porque ele ficava mesmo apático! (...). Agora já estamos habituados, já! Mas no princípio foi... não gostava nada de ver assim o meu menino! Não gostava de o ver sempre aos saltos, mas no princípio da medicação, aquela diferença... foi da noite para o dia. Uma diferença... assim muito parado, sem... não brincava... sentava-se lá num cantinho e não brincava... aquilo até mexia connosco. Tanto mexia que até com o professor mexeu e me disse, quando for ao médico que pergunte ao médico se isso é normal, ele ficar dessa maneira, apático. Não reagia! Agora não, agora toma a medicação e continua a brincar e... pronto, mais calmo mas... no princípio não, foi complicado lidar... Foi complicado das duas maneiras, da maneira dele antes da medicação e depois da medicação”. (Elisa, mãe do Ernesto)

Para a Elisa foi complicado lidar das duas maneiras com o comportamento do filho. Por um lado porque antes era muito mexido e tinha energia a mais, e por outro, após a toma da medicação a criança ficou apática com o que se passava em seu redor. Apenas uma mãe indicou não ter conhecimento sobre essa diferença, uma vez que indica que a medicação é para ser usada apenas na escola e que, quando a criança chega a casa, não está já sobre o efeito do comprimido. Apenas sabe que é benéfico uma vez que é alertada pelos professores quanto ao seu comportamento e aproveitamento escolar.

“A avaliação clínica de uma criança com PHDA é melhor feita por um profissional de saúde familiarizado com a saúde mental infantil e avaliações psicossociais” (Nye, 2003). A este respeito, o especialista de pedopsiquiatria entrevistado alerta para o facto de o problema não ser o elevado número de crianças diagnosticadas com PHDA, mas sim o método de tratamento utilizado por especialistas médicos não familiarizados com a área em questão, havendo um certo facilitismo na medicação.

“Não sei até que ponto médicos de clínica geral estão dentro do assunto, se têm formação, se têm preparação e se conhecem a medicação. (...) Mesmo que exista o diagnóstico, está a

haver um grande facilitismo na parte da medicação. (...) Também há outras coisas mais subtis. Existem médicos que acham, por exemplo, que [o medicamento] tem de ser tomado todos os dias do ano, outros que acham que só para as aulas (...). Quando é necessário estar concentrado (...) por exemplo, na época dos testes, porque têm que estudar, porque se não tomarem não conseguem estudar, aí já terão de tomar. Agora, o estar na praia e estar concentrado na praia para saber onde é que é o mar, aí já começo a pôr as minhas dúvidas se é necessário a medicação, ou não". (pedopsiquiatra)

A ampla gama de sintomas presentes nos manuais, bem como a forma diagnóstica proposta por eles, permite que muitos acontecimentos quotidianos, sofrimentos passageiros ou outros comportamentos possam ser registrados como sintomas próprios de perturbações mentais. A socialização do DSM-IV na formação médica geral permite que clínicos de outras especialidades, que não a psiquiátrica, possam medicar com facilidade seus pacientes. Não se trata de seguir a manutenção do domínio psiquiátrico nesse caso, mas de revelar a banalização de diagnósticos e o uso irrestrito de medicação como intervenção diante da vida (Guarido, 2007:158). A abordagem dos transtornos mentais pelos clínicos amplia largamente o campo da psiquiatria. Forma-se um verdadeiro exército de fornecedores de diagnósticos e prescrições de medicamentos (Aguar, 2003:s/p).

Segundo Nye (2003), o discurso médico continua a infundir a cultura de saúde e bem-estar na nossa sociedade. Novos comportamentos são medicalizados todos os dias. O autor sustenta que, nos Estados Unidos, tem-se assistido à invenção da PHDA e de um tratamento para tratá-la; a conversão do desejo sexual em um 'vício'; a obesidade em uma doença; e o medo irracional de interação social em um transtorno mental tratável com medicamentos. Tais esforços são deploráveis e antagónicos já que as crianças continuarão a ser desinquietas e as pessoas vão continuar a ter sexo, engordar e ser tímidas.

Novos diagnósticos e novas perturbações surgem a cada dia, levando-nos a agrupar num mesmo espaço classificatório fenómenos tão diversos e heterogéneos como a esquizofrenia, a depressão, os transtornos de ansiedade e sono, as fobias e os mais variados e inimagináveis tipos de comportamentos considerados indesejáveis (Caponi, 2009:530), tal como a PHDA. O espectro de perturbações e transtornos é tão vasto, que facilmente qualquer um de nós se encaixaria nos sintomas e passaria a pertencer ao rol de indivíduos com transtornos mentais, já que existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. A saúde mental, como Maturo (2012) nos alerta, é provavelmente o aspeto mais medicalizado da vida humana.

A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que permitem aliviar os sofrimentos existenciais. O consumo em larga escala e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX (Guarido, 2007:159).

De acordo com Aguiar (2003:s/p), “não havendo um marcador biológico que constitua uma delimitação estável e objetiva para o diagnóstico psiquiátrico, a indústria farmacêutica aposta na indefinição das fronteiras entre o “normal” e o “patológico” e vende o conceito da doença que, obviamente, está vinculado ao medicamento. O que a indústria farmacêutica percebeu é que se ela for capaz de produzir um discurso forte o suficiente para fazer com que qualquer um que se apresenta um pouco triste e sem energia desconfie que pode ter na verdade uma depressão, então essa pessoa deverá procurar um médico e dizer seus sintomas”. Tal acontece com a PHDA, pois qualquer criança que apresente um comportamento mais agitado, uma baixa concentração e cujos resultados escolares não sejam os esperados pode estar sujeita a ser alvo de uma chamada de atenção por parte de familiares e/ou professores sobre a inadequação ou não normalidade de tal comportamento, a qual pode colocar os pais em estado de alerta, dando origem à procura de uma solução médica para o que passou a ser entendido como um problema que carece da intervenção da medicina.

Para Conrad e Scheider (1992), quando o tratamento, em vez de punição, se torna o meio preferido para sancionar o desvio, uma quantidade crescente de comportamentos são reconvertidos numa doença no âmbito de um quadro médico.

Existe pouca discussão de alternativas ao tratamento farmacêutico. No entanto, de acordo com o testemunho do especialista em pedopsiquiatria, apenas metade das crianças diagnosticadas com PHDA necessita de medicação, porque muitas vezes existe um défice de concentração ou uma hiperatividade que não interfere em muito, por exemplo, com o rendimento escolar ou na vida social da criança e que, apesar do diagnóstico, a medicação nem sempre é necessária no momento, o que não significa que não a necessite no futuro. Apresenta, assim, algumas alternativas e intervenções psicossociais importantes nestes casos em que a medicação não é, para já, fundamental.

“(...) Para além da questão da medicação também (...) há medidas pedagógicas dentro da sala de aula, que têm de se ter em conta, como por exemplo, estar sentado à frente, estar sozinho na carteira, não estar junto da janela, as tarefas escolares serem divididas e dadas às prestações, o professor ter em atenção para impedir que ele se distraia. (...) e a nível da família existe também, como é evidente, medidas a nível comportamental que têm de ser tomadas (...). Portanto, o controlo a nível do comportamento, a supervisão comportamental e a exigência de regras, é uma parte importantíssima destes casos”. (pedopsiquiatra)

Estas medidas pedagógicas, que parecem questões simples e acessíveis de resolver, por vezes, não o são. Muitas mães, ao longo da entrevista, mostraram o seu descontentamento com a escola, principalmente com os(as) professores(as), pelo facto de insistirem com os docentes para que o seu filho estivesse sentado na fila da frente, para estar sozinho na carteira ou apenas uma chamada de atenção, de vez em quando, para as crianças voltarem ‘do mundo da lua’. Houve casos em que só após um ano letivo e, várias tentativas, é que as crianças foram

colocadas na fila da frente e longe das possíveis distrações que possam existir dentro de uma sala de aula.

“Ao princípio (...) andei a pedir muito, muito no segundo ano que metessem o meu filho à frente, nada! (...). Eu tinha um relatório da médica, em que dizia que o Dinis era muito distraído que convinha estar à frente, e está lá tudo ‘esparramado’ (...) dizia lá mesmo concretamente que o Dinis tinha que estar à frente que era pra não estar distraído, não é?! Porque ele é muito distraído, ora, se está atrás de todos, vê tudo, não é?! (...) E a professora simplesmente nunca mo pôs à frente”. (Deolinda, mãe do Dinis)

Neste caso em particular, para além da professora não colaborar com os pais nas medidas pedagógicas solicitadas, esta docente tem a seu cargo, dentro da mesma sala de aula, alunos da segunda e da terceira classe. Ou seja, a professora tem de lidar com problemas gerais que se colocam a todos os alunos, o que limita a possibilidade de se dedicar a problemas particulares que exigiriam um acompanhamento mais personalizado.

De acordo com Zavaschi et al. (2004 in Brzozowski et al., 2010:899), o tratamento geralmente indicado pelos profissionais de saúde engloba intervenções psicossociais e/ou psicofarmacológicas. Em se tratando de intervenções psicossociais, recomendam uma abordagem educacional, prestando informações claras e preciosas à família sobre a perturbação. Além disso, defendem também um suporte escolar, por meio de rotinas diárias consistentes, atividade física e atendimento individualizado, sempre que possível. Em relação ao tratamento farmacológico, trata-se da solução mais usada pela medicina.

A opção dominante, neste tipo de casos, é a farmacológica, uma vez que cobre um maior número de crianças diagnosticadas com PHDA. No entanto, tendo em conta as entrevistas realizadas e a literatura que contempla esta temática, existe uma diferença entre o que a medicina enuncia, ou seja, a conjugação da intervenção psicossocial e a psicofarmacológica, e o que a medicina produz. Existe uma diferenciação entre a teoria e a prática.

Os grandes objetivos da intervenção, seja ela qual for, devem ser a melhoria da aprendizagem e rendimento escolar, a aquisição de competências sociais e o desenvolvimento de mecanismos compensatórios ao adolescente e futuro adulto “funcionar” com as suas próprias capacidades e características (Boavida et al., 1998:29).

Uma intervenção psicossocial apontada por Zavaschi et al. (2004 in Brzozowski et al., 2010), é a atividade física. Na mesma linha de pensamento, Boavida et al. (1998) sugerem que a criança diagnosticada como hiperativa necessita desenvolver atividades extracurriculares, que permitam à criança não só gastar o aparente excesso de energia, como também criar um contexto para a aquisição de competências sociais, cumprimento de regras, a melhoria da condição física e a ocupação de tempos livres.

“(...) equitação deve-se ao facto de a terapia com cavalos ajudar este tipo de crianças, com défice de atenção e hiperatividade. A ginástica artística porque ele adora e foi ele que

pediu. E o futebol porque, pronto, era um desejo do avô e acabou por ir para o futebol”.
(Graça, mãe do Gabriel)

No exemplo antecedente, a criança pratica diversas atividades extracurriculares como a equitação, a ginástica artística e o futebol. A prática da equitação encontra-se diretamente relacionada com a condição da criança, sendo que a sua realização foi propositada e influente na toma da decisão da prática desse desporto. Apesar da percepção, em todos os casos analisados, de que uma atividade física seria benéfica para o comportamento das crianças, a prática de uma atividade desportiva nem sempre faz parte do quotidiano da criança.

“Ele já andou no judo, só que era assim, (...) ele não obedecia às regras do mestre. Ainda andou lá um ano, que ele não teve progressos, tirei-o de lá. Ele gosta muito de bola, já estive para o inscrever na bola, (...). Mas é assim, como aconteceu aquela passagem com o judo, o meu medo é também as regras, porque em tudo tem de haver regras. E o meu medo é que ele não obedeça ao treinador e que seja expulso (risos). (...) foi por esse motivo mesmo, que eu ainda não o pus numa atividade dessas (...). (pausa) Estou mais com medo que ele, tanto pelo treinador como pelos colegas, seja rejeitado”. (Bárbara, mãe do Bruno)

“É assim, eu confesso que não tenho muito tempo! Não tenho muito tempo porque eu às vezes gostava que ela, se calhar, fosse pra uma piscina ou um karaté (...). Eles requerem muita atenção. O facto de requererem muita atenção, eu sei que se calhar se tivesse uma atividade desportiva... eu já a tentei meter no karaté mas ela não [gosta]... e depois nas primeiras aulas tudo muito bem, mas a partir dali já é tudo muito igual, já lá não estava, então o que é que ela lá estava a fazer?! Estar a perder tempo de ir a pô-la e a buscá-la e não sei quê...”. (Juliana, mãe da Joana)

No primeiro caso, a mãe do Bruno teve receio que o filho, devido ao comportamento mais agitado que possui, pudesse vir a ser expulso e que fosse rejeitado pelos colegas e pelo treinador devido à sua atitude. A apreensão desta mãe, faz com que o filho não pratique uma atividade física que, tal como propõem Boavida et al. (1998), o ajudaria a estabelecer regras e adquirir competências sociais que, muitas vezes, estas crianças não possuem, podendo mesmo levar ao isolamento social. Por outro lado, a falta de tempo da mãe da Joana faz com que a criança não tenha mais atividades para além das escolares. Isso sucede porque vivemos numa sociedade em que os padrões se alteraram ao longo das décadas, como o ritmo acelerado da vida moderna, as múltiplas exigências que se colocam diariamente aos pais (e aos filhos), a dificuldade de atender a todas as necessidades familiares, entre outros.

4. Impactos não esperados do diagnóstico

O diagnóstico de PHDA, segundo Brzozowski e Caponi (2009), é uma classificação, uma vez que nomeia um indivíduo, neste caso, uma criança, atribuindo-lhe certo número de características que até então não se tinha percebido que ela apresentava. Esse diagnóstico é feito por meio de um conjunto de sintomas que são lidos, traduzidos e interpretados pelo profissional médico. Dar um nome a uma criança, classificá-la, gera uma mudança em sua vida (2009:1172).

A definição do comportamento problemático como patológico pela medicina é feita a partir do momento em que existe uma classificação de uma criança mais agitada, ou seja, um diagnóstico de PHDA. Quando a medicina, enquanto instituição, legitima o diagnóstico de PHDA, significa que comportamentos como a agitação, inquietação, hiperatividade motora, impulsividade e falta de atenção são aspectos a ser tidos em conta como um problema que necessita de intervenção. De acordo com Conrad e Potter (2000) um diagnóstico médico transforma uma “doença desorganizada” num aglomerado de queixas e sintomas que podem estar pouco claros, desconexos e misteriosos em uma entidade que seja mais compreensível como “doença organizada”.

De acordo com Hacking (2007 in Brzozowski e Caponi, 2009:1178), para que um diagnóstico, uma classificação, seja levado em consideração, entre a sociedade, é necessário que haja algo que legitime, precisa haver uma instituição que a torne verdadeira, que a utilize. No caso da PHDA, existem clínicas médicas ou multiprofissionais onde são feitos os diagnósticos. As autoras (2009:1180) advogam que é a partir das instituições que as crianças recebem uma classificação e também é a partir delas que essa classificação é legitimada. No caso específico da PHDA, é por meio do DSM que o médico faz o diagnóstico do problema comparando os comportamentos descritos pela escola e pelos pais da criança com a lista de sintomas (ver quadro 1). A utilização do *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) é o método utilizado pelos profissionais de saúde entrevistados que, juntamente com os sintomas apresentados pelos progenitores, origina um diagnóstico de PHDA.

Tendo em conta os testemunhos das mães, pediatras, pedopsiquiatras e psicólogos, são os especialistas médicos que diagnosticam a hiperatividade. O diagnóstico é elaborado a partir de uma descrição científica feita através da observação dos sintomas, primariamente efetuada pelos pais e/ou escola e posteriormente através de uma confirmação pelos profissionais de saúde. Os sintomas referenciados aos pais como sendo sintomas de PHDA encaixam-se no discurso dos progenitores, como a impulsividade, falta de atenção e hiperatividade motora. A confirmação médica do diagnóstico não foi surpreendente em nenhum dos casos assinalados, principalmente por três motivos. Em primeiro lugar, porque já tinham feito alguma pesquisa na internet sobre o possível problema do filho, fazendo um ‘pré-diagnóstico’; em segundo lugar porque, com o passar dos anos, as mães, foram-se apercebendo que os filhos eram ‘diferentes’ das outras crianças, não significando,

necessariamente, que necessitariam de acompanhamento médico; por último, como foram sendo alertados ou por familiares, vizinhos, amigos e/ou professores para o possível problema do filho, o diagnóstico de PHDA não foi inesperado.

Segundo Boavida et al. (1998) a inespecificidade de grande parte dos sintomas da PHDA torna o diagnóstico diferencial problemático, visto que o processo implica não só determinar se os critérios diagnósticos estão presentes, mas também se há sinais ou sintomas de qualquer outra perturbação associada. Portanto, não podem existir dúvidas no diagnóstico de PHDA ou ser confundido com outra perturbação. A este respeito os profissionais de saúde entrevistados revelaram que existe uma margem de erro inerente ao diagnóstico de PHDA devido à subjetividade nos critérios diagnósticos. Para além disso, como nos alerta o pedopsiquiatra, mais de metade das crianças com hiperatividade e défice de concentração têm, para além deste diagnóstico, outros diagnósticos associados. Na mesma linha de pensamento Szatmari (1989 in Daley et al., 2008), advoga que estudos epidemiológicos têm relatado que a PHDA encontra-se igualmente associada com taxas substanciais de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos e de desenvolvimento, fenómeno que se verificou na maioria dos casos em estudo já que, para além do diagnóstico de PHDA, existiam outras patologias associadas.

Tendo em conta a nosografia do DSM-IV-TR (Fernandes, 2002), para o diagnóstico de PHDA ser conclusivo, os sintomas devem ser evidentes por pelo menos 6 meses, com início antes dos 7 anos de idade (que corresponde com a entrada na escola) e verificar-se em mais do que um contexto, como por exemplo na escola e em casa. No entanto, em conformidade com os testemunhos das mães, a conclusão do diagnóstico obteve-se, em média, após três ou quatro sessões de acompanhamento e avaliação, com um intervalo de duração de poucas semanas. Inclusive houve casos em que o diagnóstico de PHDA foi conclusivo logo na primeira consulta. No entanto verificou-se que apenas uma mãe entrevistada procurou outra opinião médica, no sentido de verificar se o parecer dos dois especialistas coincidia com o diagnóstico de PHDA e não a possibilidade de outra patologia.

“(...) quis outra opinião médica. Não fiquei só pelo hospital da Covilhã e fui a este centro em Coimbra. (...) E então quis outra opinião médica de uma psicóloga de Coimbra (...). Quis uma segunda opinião pra não estar só com a primeira. (...) acabou por bater uma coisa com a outra (...)”. (Juliana, mãe da Joana)

Para além do DSM como uma instituição de legitimação do diagnóstico de PHDA, a própria escola também o é, porque ela apresenta os alunos problemáticos ao profissional de saúde, através dos pais da criança, e recebe-os de volta com o diagnóstico, aceitando-o e reproduzindo o seu discurso. Então, se a escola encaminha, aceita o diagnóstico e até modifica suas atitudes em função dele, ela pode ser considerada uma instituição de legitimação desse diagnóstico. Isso sucede pois a escola é um lugar de homogeneização de comportamentos, não dando muito espaço aos diferentes. Após o diagnóstico, a criança volta

para a escola e lá é recebida de uma maneira diferente, como alguém que precisa de ajuda e que não tem culpa por seus comportamentos e muitas vezes a escola até modifica algumas de suas regras e normativas para que essa criança ‘doente’ possa se inserir no ambiente escolar (Brzozowski e Caponi, 2009:1179-80). Antes do diagnóstico confirmado, algumas mães confessaram que tiveram alguns problemas com a escola pelo modo como tratavam a criança. Apesar dos esforços das progenitoras para que os filhos fossem tratados de igual modo como as outras crianças, o facto é que só a partir do momento em que o diagnóstico foi conclusivo é que a criança passou de ‘mal-educada’, ‘agressiva’ ou ‘desordeira’ a uma criança ‘doente’ e que necessita de apoio. Não só a escola como também os pais, ao saberem do diagnóstico, podem vir a modificar as suas atitudes para com a criança.

“(...) Se calhar antes eu até tinha uma determinada reação com ele, coisa que se calhar agora não tenho. Porque eu antes não tinha a certeza daquilo que era ou não era, (...), e agora neste momento eu sei que não é só isso que acontece, não é?! Se calhar isso leva a todos a mudar as nossas opiniões sobre ele”. (Inês, mãe do Ivo)

Esta mudança de atitude por parte da escola (professores e auxiliares) mas, principalmente, por parte da mãe, faz com a própria criança modifique os seus comportamentos e tenha uma percepção de si mesma não mais como uma criança mais mexida do que as outras, mas enquanto uma criança doente. É a partir do momento em que surge o diagnóstico de PHDA que é encontrada uma justificação para o comportamento da criança e a família passa a encontrar explicações para os comportamentos da criança, somente após o diagnóstico. Após o diagnóstico, a criança pode aperceber-se que as atitudes das pessoas ao seu redor são diferentes, devido à sua doença. Essa mudança de atitude pode fazer com que se aperceba que é doente e passe a agir como tal (Brzozowski et al., 2010), tal como se percebe nos seguintes testemunhos.

“(...) De vez em quando já utiliza esse argumento, “sabes que eu não me consigo concentrar”, (...). Já. Já utilizou esse argumento”. (Juliana, mãe da Joana)

“(...) Ela quis-se fazer de coitadinha os primeiros dias... mas não [resultou]. Um dia ou dois mas não colou! Ela viu que não era por aí (risos)”. (Filomena, mãe da Francisca)

Em ambos os casos, as crianças utilizaram o argumento de que eram doentes para ‘escapar’ a algumas tarefas escolares ou como desculpa para não realizar algum tipo de tarefa, pois a determinada altura aperceberam-se que estavam doentes, e que as atitudes dos seus pares tinham-se modificado, passando a agir como tal. O diagnóstico ocorre, por norma, com a entrada no meio escolar, ou seja, por volta dos seis ou sete anos, o que significa que as crianças não têm capacidade de entender o real significado da doença. Entendem apenas que são diferentes das outras crianças e que não estão sentados o tempo todo durante a aula, que

às vezes estão a pensar noutras coisas e que as outras crianças, às vezes, os rejeitam. As crianças apercebem-se de que têm de ir com regularidade ao médico, que diariamente têm de tomar um comprimido para estarem sossegadas e concentradas na escola e pouco mais do que isso.

O diagnóstico ajuda à construção social da PHDA como algo problemático, uma vez que os comportamentos da criança que eram apenas um problema ou ‘não-normais’, passaram a ser considerados patológicos. Após o diagnóstico a criança não é tida mais como disruptiva, mas como doente.

A maior mudança apresentada pelas entrevistadas no pós-diagnóstico foi a aplicação de rotinas diárias. A aplicação destes hábitos foram indicados como um aspeto positivo, uma vez que obriga a criança a ter regras e segui-las diariamente, tais como a elaboração diária dos trabalhos de casa, o que ajuda, não só, a organizar as tarefas escolares como também obriga a que a criança seja mais disciplinada e controlada em outros aspetos do dia-a-dia. No entanto, dificilmente isto pode ser entendido como uma solução médica.

É na escola que estas crianças passam pelo processo de estigmatização, onde elas apresentam maior visibilidade, pois é lá que a falta de concentração e atenção aparecem e, conseqüentemente a dificuldade de aprendizagem. “Com o diagnóstico dado e, geralmente, com um medicamento prescrito, a criança volta à sua casa e à sua escola com um transtorno psiquiátrico” (Brzowski et al., 2010:893).

A atribuição de um diagnóstico é um rótulo que nem sempre se associa ao estigma. No entanto, existe o reconhecimento do rótulo como primeiro passo para um possível estigma.

Existem certas determinantes sociais que se esperam de cada indivíduo. Por exemplo, de uma mãe espera-se responsabilidade, afeto, cuidados para com o filho; de um médico, o profissionalismo, a prudência e o cuidado com os seus pacientes; de uma criança, a dedicação aos estudos, bons comportamentos e uma rede de amizades, entre outras expectativas (Barbarini, 2011:110). E, acordo com a autora, às crianças que são indisciplinadas e que passam o intervalo sozinhas, são sempre atribuídas características negativas passando a ser conhecidas como ‘mal-educadas’ ou esquisitas (2011:110). A situação piora quando tomam medicamentos “para a cabeça” podendo levar a brincadeiras e apelidos pejorativos, criando situações desagradáveis para a criança.

“(...) há pouco tempo ele [menino] se sentiu assim um bocado revoltado. Foi um menino (...) convidar todos os meninos da escola para o aniversário dele e não convidou o Bruno! (...) como criança reagiu mal, não é!? (...) E foi aí que ele se sentiu ignorado...” (Bárbara, mãe do Bruno)

“(...) ela tem um feitio de tal maneira que na escola ela não tem amigas. Tem uma amiga, pronto. Ela tem uma amiga que ela acha que é amiga, porquê?! Porque também é hiperativa. E o facto de ser hiperativa se calhar compreende mais a situação dela. Por exemplo, ela na escola primária raramente tinha amigas”. (Juliana, mãe da Joana)

“(...) os colegas sabem que o Gabriel é mais mexido e chamam-lhe “bichinho carpinteiro””
(Graça, mãe do Gabriel)

“(...) com os colegas, ao início, quando ela começou a tomar a medicação, ela queixava-se que havia meninos que diziam para ela “então, já tomaste o medicamento hoje?”, quando ela estava assim mais agitada, “então, hoje ainda não tomaste os medicamentos... e tal”... e ela sentia-se um bocado revoltada! (...) mas agora já não” (Filomena, mãe da Francisca)

Ambas as crianças mencionadas, tal como outras diagnosticadas com PHDA, passam pelo processo de estigmatização, porque são diferentes, não condizem com aquilo que se espera de uma criança “normal” e, conseqüentemente “desviam-se” do “bom caminho” (Barbarini, 2011). Em todos os casos mencionados foi necessário um envolvimento da escola, através de um trabalho recíproco entre a escola (professores e auxiliares) e pais, para que estas crianças não se isolassem durante o período escolar, nomeadamente durante o intervalo, e tivessem um envolvimento social com as demais crianças. Segundo as mães, estas crianças não se interessam por aquilo que as outras crianças ditas “normais” se interessam, daí haver este isolamento e esta rejeição em querer brincar conjuntamente.

De acordo com Brzozowski e Caponi (2009) de modo geral, as mães ainda acham melhor que a criança seja rotulada de doente do que preguiçosa ou mal-educada, pois pelo menos suas atitudes não são devidas a ela mesma, mas sim ao problema que possui, ela não tem culpa ou responsabilidade sobre suas atitudes (2009:1175). De certa maneira é o que acontece com estas mães, uma vez que a PHDA não é considerada uma doença muito estigmatizante, já que é mais fácil aceitarem, e o seu filho ser aceite socialmente, como um menino doente, do que uma criança com falta de regras e educação.

“(...) esta questão da hiperatividade não é muito estigmatizante, por isso os pais aceitam facilmente. (...) É mais fácil aceitar um diagnóstico em hiperatividade do que um diagnóstico de falta de regras. O problema é esse”. (pedopsiquiatra)

No entanto, nos discursos das mães houve uma diferença entre PHDA e doença. Em todas as entrevistas notou-se a presença da dúvida sobre se a condição é uma doença ou não, pois a PHDA é tida como algo controlável e uma questão comportamental que pode atenuar ao longo do tempo, enquanto uma doença, muitas vezes, é incurável. Portanto, os progenitores procuram um rótulo médico para a condição do filho, no entanto não o entendem e definem a condição como uma doença. Talvez seja porque, como defende Graça Carapineiro (1986:13), o que se entende por saúde e doença varia de indivíduo para indivíduo, de contexto social para contexto social, de sociedade para sociedade, de cultura para cultura e até entre grupos sociais.

“(...) Não considero isso [a PHDA] como uma doença! Talvez uma anomalia das crianças... como umas são mais rebeldes do que outras e precisam de uma ajuda clínica. Não uma doença!” (Heloísa, mãe do Henrique)

“(...) a nível dos médicos isto uma doença é, não é? Para mim é mais um problema que vai passar. Que espero que passe daqui a uns anos”. (Carolina, mãe do César)

“(...) Acaba por ser uma doença. É assim, acaba por ser uma doença que eu acho que é passageira, mas acaba por ser uma doença porquê?! (...) porque senão não tínhamos que os tratar, não tínhamos que lidar com eles de uma maneira diferente, não é?! por isso acaba por ser. Não é, é uma coisa assim tão ruim quanto isso”. (Juliana, mãe da Joana)

No caso da Heloísa, a falta de concentração do filho não é entendida como uma questão médica, mas sim uma questão ‘anormal’ da criança que, no entanto, necessita intervenção terapêutica para a ajudar na concentração necessária para a escola e aproveitamento escolar. Para outras mães, a PHDA é apenas uma questão comportamental que interfere na vida da criança e não uma doença em si, pois não existe uma marca física que possa desacreditar a criança e a torne estigmatizada. Por outro lado, apesar dos dois últimos testemunhos considerarem a PHDA como uma doença a nível médico, a nível pessoal não corroboram com essa conceção pois existe a esperança de que, com o passar dos anos, a doença atenua e que não é uma doença com contornos prejudiciais na vida futura da criança. “Há alguns anos, não existia um diagnóstico clínico para as crianças que apresentavam as características do TDAH. Essas crianças sempre existiram, porém elas tinham outros nomes: malcriadas ou mal-educadas, sem regras, etc.” (Brzowski e Caponi, 2009:1171). A exigência de regras é fundamental na infância, principalmente em crianças que tenham um comportamento mais desordeiro, mais travesso e mais agitado. Não deve ser fácil para uma progenitora não ser considerada ‘boa mãe’, firme e segura nas atitudes que toma em relação à educação do filho e que seja posta em causa pela sociedade em relação ao seu papel de mãe. No entanto, houve uma entrevistada que assume a sua responsabilidade pela condição do seu filho:

“(...) Mas também falta de regras em casa! (...) Tanto que eu aí disse logo à médica que assumia a responsabilidade de ele ser assim, porque também foi a educação que eu lhe dei, foi totalmente diferente da educação que eu dei aos irmãos. Foi um menino que fez sempre tudo o que quis (...). O problema todo é mesmo as regras! Porque se o Ernesto tivesse regras, se calhar ele nem é hiperativo! (...). Se calhar o menino pode ter os sintomas, mas ao fim ao cabo pode nem ser! Até pode ser mesmo falta de regras, falta de educação... Não digo que a educação não lha tivéssemos dado, (...). E... de ser hiperativo, se calhar nem é. Eu às vezes ponho-me assim a pensar, será que ele é mesmo hiperativo? Ou é falta de regras que ele tem? Às vezes é mais falta de regras... (Elisa, mãe do Ernesto)

A disponibilidade do rótulo de hiperatividade também pode levar alguns pais a aplicá-lo à sua criança e depois buscar a confirmação médica (Conrad, 2006). Foi o que aconteceu com este caso. Apesar do diagnóstico e confirmação médica de que o “Ernesto” tinha déficit de atenção e hiperatividade, para esta mãe ainda existe a incerteza se realmente o filho é doente ou se o seu comportamento mais agitado é devido a falta de regras e ao ambiente familiar. Isso também sucede pois como Fuller (2004) advoga, a PHDA é um diagnóstico ao qual está associado um estigma relativamente baixo. Para o autor, está mais associado com deficiência na aprendizagem do que outros transtornos da infância e atualmente está enquadrado com déficit no processamento de informação. A concepção da PHDA, desta forma, faz com que o diagnóstico seja mais aceitável.

Para Goffman (2008 in Brzozowski e Caponi, 2009), o indivíduo estigmatizado possui as mesmas concepções de normalidade do indivíduo que é considerado normal. A criança é reconhecida como sendo diferente das demais através dos símbolos de estigma. Esses símbolos consistem nas informações sociais repassadas pelo indivíduo estigmatizado através de sinais específicos que despertam a atenção dos que estão ao redor. Eles podem ser físicos, como uma cicatriz, ou comportamentais, como a hiperatividade, no caso da PHDA (2009:1174).

O diagnóstico de PHDA pode vir a alterar por completo a vida familiar e questões que à maioria das pessoas parecem simples e banais como ir comer fora a um restaurante, ir às compras ou estar em família pode ser um processo complicado para alguns destes casos. Através dos testemunhos de algumas mães podemos analisar o quão difícil se torna realizar uma ação frequente ou desfrutar de um momento em família:

“Sim! Não posso negar. Muita vez deixei de (...) conviver com outras pessoas. Gostava de ir ao café, pronto, beber o café com o marido, com os outros filhos e irmos todos... (...) Eu fechei-me muita vez em casa por causa de não passar... vamos lá a ver, não era por mim, a vergonha não era só por mim, (...) mas mais por ela! Por ela não ser vista como uma ‘deficiente’, uma deficiente mental, uma menina problemática. Sim! Muita vez! Muita vez isso aconteceu, não vou negar. É verdade...” (Filomena, mãe da Francisca)

“(...) pra nós é um castigo irmos pra qualquer lado. Por exemplo, estamos na casa de alguém e ele estar aqui sossegado no sofá. É muito complicado! Tem de estar sempre e mexer. Às vezes também custa-nos, por exemplo, ir à casa de uma pessoa. Mas quem conhece o Dinis, pronto, já não leva a mal. Mas quando as pessoas não entendem... quando não entendem ou não querem às vezes entender o problema dele...” (Deolinda, mãe do Dinis)

Para Phelan (2005 in Brzozowski e Caponi, 2009), a primeira pessoa que sente as consequências da PHDA não é a criança, mas a mãe. Tal verifica-se porque as crianças classificadas são pequenas e não entendem diretamente o que está a acontecer. Nesses casos sugere-se que as mães sofrem mais pressão da sociedade por o seu filho não ser ‘normal’ do

que a própria criança, ou seja, são mais estigmatizadas que os estigmatizados (2009:1176-7). Aqui o papel de mãe é posto 'à prova' já que a criança continua a ser apenas uma criança, mesmo que o seu comportamento seja diferente dos outros meninos, e a progenitora pode passar por um processo ainda mais estigmatizante que o próprio filho, já que ele não entende o seu significado. Isso porque existe uma expectativa social relativamente ao que socialmente se considera 'normal', podendo mesmo afetar o relacionamento dos progenitores com os outros.

Sendo a PHDA vista como uma questão transitória na vida da criança, a sua repercussão em termos de exclusão social não é muito visível nesta investigação. Essa vulnerabilidade à exclusão social só aconteceria se a desafiliação e a desqualificação se verificassem através, por exemplo, da perda de laços com a escola ou através da atribuição de características desqualificantes que afastassem de modo claramente perceptível a interação social, o que não foi inequivocamente percebido. Uma vez que as entrevistadas não consideram a PHDA como uma doença, não sentiram essa exclusão.

Quando questionadas acerca da visão e entendimento do futuro da criança, as respostas foram unânimes. Genericamente, as mães possuem a ideia de que a doença do filho, com o passar dos anos, vai acabar por passar, acabando por não hipotecar o futuro da criança. Não verbalizaram muitas preocupações quanto ao futuro do filho devido à sua atual condição, apenas demonstraram, como qualquer outra mãe, alguma inquietação relativamente à conjuntura atual do país e à falta de oportunidade de trabalho. A noção de possível falta de oportunidade também advém do receio de o défice de concentração e a hiperatividade poderem vir a ser um fator impeditivo para a progressão nos estudos. No entanto, estas mães desejam que os seus filhos sejam felizes, realizados profissionalmente, independentes e organizados nas suas tarefas. No entendimento destas mães, a sua ocupação profissional passa por uma atividade mais prática, como cozinheiro, jardineiro, etc., e nada que envolva muita teoria e concentração. Ou seja, poderá ser um fator que reduz o leque das suas possibilidades, mas não necessariamente algo que os torne vulneráveis à exclusão.

Na análise que agora se conclui torna-se interessante refletir sobre as mães que ficaram emocionadas com alguns aspetos da entrevistas, ou sobre questões que não queriam falar ou das quais pouco falaram. Há que fazer um pensamento e uma reflexão acerca de tal atitude. Talvez por voltarem a reviver e expor, a uma pessoa desconhecida, momentos particularmente complicados que não queriam voltar a lembrar ou que lhes causasse algum desconforto. Apesar de, como anteriormente analisado, a PHDA não ser uma doença muito estigmatizante, o certo é que os olhares da sociedade, por vezes, são mais duros e complicados de lidar do que propriamente com a condição, tal como referiram algumas mães.

Conclusão

Ao longo da investigação, e sempre que necessário, foram enunciados aspetos conclusivos relativamente a cada ponto da análise. Neste momento, mais do que enunciá-los, torna-se essencial fazer uma articulação entre cada ponto e justificar os aspetos enquanto matéria de interesse sociológico.

As crianças que hoje são diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) eram antes vistas como ‘mal-educadas’ ou ‘sem regras’. Contudo, com o passar dos anos, a comunidade científica aceitou a existência de uma perturbação que inicialmente se principiava e findava na infância ou na adolescência, sendo que, neste momento, esta condição já pode acompanhar a criança para o resto da sua vida. Hoje já se diagnosticam adultos com PHDA e há cada vez mais adultos a reconhecer nos seus comportamentos traços (sintomas) dessa condição, o que os leva a procurar um médico.

À medida que a medicina se inseriu em questões sociais, muitas condições passaram a ser entendidas tendo por referência a racionalidade médica. A saúde tornou-se, na nossa sociedade, um valor primordial. No entanto, o conceito de saúde encontra-se cada vez mais reducionista, uma vez que se encontra intimamente ligado à medicina e ao consumo de medicamentos, sendo que essa forma de intervenção já não se resume à doença, mas também à saúde. Os medicamentos são usados na tentativa de “obter mais saúde”, sem que necessariamente se esteja enfermo, ou seja, cada vez mais existe a ideia de aprimoramento ou melhoramento. Em parte, este processo deve-se à indústria farmacêutica e na promoção de uma solução para todos os problemas através da medicação. Um exemplo disso é o metilfenidato, uma vez que primeiro foi descoberto o medicamento e, só depois, a doença. Tal como o que acontece com a PHDA, existe uma preocupação de prevenir, melhorar e otimizar os comportamentos das crianças considerados problemáticos pelos seus pais, professores, familiares e sociedade no geral. Para isso, a medicina tem um papel interventivo, uma vez que se apropriou da ‘preocupação’ destes atores sociais abrangendo mais uma área de intervenção. O discurso científico é considerado irrefutável e daí que, sintomas da PHDA sejam analisados, numa primeira instância, como uma prioridade da solução médica sem que se procurem ou reflitam sobre as causas sociais inerentes a tal condição.

Uma grande parte da bibliografia encontrada sobre a PHDA limita-se a descrever a perturbação em termos biomédicos, não existindo questionamentos sobre os impactos psicossociais desta condição no presente e no futuro criança. Devido à sua complexidade e ao desacordo existente quanto à sua etiologia, pode-se dizer que ainda não existe uma definição ‘acabada’ de hiperatividade, o que faz com que, tal como os profissionais médicos entrevistados referiram, seja difícil e subjetivo a elaboração de um diagnóstico, uma vez que a PHDA apresenta características e sintomas muito semelhantes com outro tipo de problema. A elaboração do diagnóstico é efetivado a partir de uma avaliação psicológica e meramente

comportamental no consultório médico e/ou através de testemunho dos pais e professores, em que os sintomas (desatenção, impulsividade e hiperatividade) se encaixam com a nosografia do DSM-IV, utilizado pelos profissionais médicos.

As mães, no seu discurso, não entendem a PHDA como uma doença ‘verdadeira’, uma vez que não envolve uma consciência crescente dos seus efeitos potencialmente incapacitantes e uma manutenção dos sintomas para o resto da vida. Para elas, a PHDA trata-se apenas de uma questão comportamental que necessita de acompanhamento médico, muito ligado à questão da medicação, uma vez que as crianças entram para a escola e necessitam aprender e apreender as matérias lecionadas. Quando se dirigem à consulta vão à procura de um rótulo médico que, no entanto, não entendem e interpretam como tal. Quando os comportamentos problemáticos das crianças não se encontram dentro da norma e padrão esperado socialmente, existe a tendência de os resolver, tendo a noção de que é à medicina que cabe agir. O discurso médico continua a infundir a cultura de bem-estar na nossa sociedade, visivelmente notório através de novos comportamentos que são medicalizados todos os dias, tal como aconteceu com a PHDA. Como Caponi (2009) nos alerta, estamos a assistir a uma medicalização do ‘não-patológico’. A determinação de certos comportamentos infantis como patológicos é efetivada pela medicina, pois é ela que tem capacidade de os legitimar como patológicos e os solucionar. No entanto, existem consequências dessa categorização, uma vez que é aplicado o rótulo de doente à criança podendo associar-se a um estigma.

Problemas académicos ou escolares, bem como a aceitação social das crianças no meio envolvente, foram as principais e mais frequentes preocupações apontadas pelas entrevistadas. Ao longo da análise, professores, familiares e/ou outros indivíduos, mostraram-se altamente influentes na sugestão inicial, através da triagem e avaliação, na comunicação das preocupações e do processo da criança, em colaborar com as decisões de tratamento. Apesar de não verbalizado diretamente por nenhuma entrevistada, o facto é que isso ocorreu em todos os casos analisados.

De acordo com Faraone et al, 2010, o circuito de tratamento onde se inscreve a decisão de medicar, está dado pela escola que a propõe, a família que a solicita e o médico que a receita. Apesar de existirem outras intervenções, nomeadamente psicossociais, a farmacológica é aquela que abrange um maior número de crianças diagnosticadas com PHDA, sendo, ainda, o método comum de tratamento.

Os *media* ajudam a difundir a imagem que o público constrói socialmente da PHDA, uma vez que dão enfoque ao discurso científico, possuindo plena confiança neles. Apesar de existirem cada vez mais diversos e modernos meios de comunicação, tal não equivale a dizer que existe uma melhoria da qualidade de informação que estes meios produzem. Ou seja, apesar de a informação ser contemplada nos meios de comunicação social, tal não significa que as pessoas se encontram mais e melhor informadas, uma vez que tais discursos não são totalmente neutros, sendo eles produtos sociais.

Os pais experienciam uma pressão social enorme para disciplinar e educar os seus filhos a se comportar de forma socialmente aceitável e, apesar de notarem comportamentos diferentes

do 'normal' nos seus filhos, não entendem, desde logo, essa condição como problemática ao ponto de necessitarem ajuda médica. Os pais saem desgastados socialmente desta situação porque educam a criança e os comportamentos da criança são entendidos, pelas outras pessoas, como má-educação ou falta de regras. A "tolerância social" (Caponi, 2009) com os diferentes, encontra-se muito reduzida, a ponto de as mães preferirem que seus filhos sejam conotados como doentes do que como preguiçosos ou desorganizados.

Vivemos numa sociedade em que, cada vez mais, os indivíduos se encontram sujeitos a pressões: os pais para serem bons educadores, com uma carreira profissional satisfatória, inseridos numa rede de amigos, etc.; os médicos para serem bons profissionais e para responderem a um número crescente de situações; as escolas para serem bem classificadas em *rankings* em que os alunos têm de ser excelentes, não existindo espaço para quem não seja; as crianças para serem bons filhos, ter boas notas, deter uma lista infindável de amigos, tocar (e bem) um instrumento, praticar um desporto, etc. Existe pouco espaço para o erro e para a diferença e cada vez mais espaço para rotular a diferença.

A PHDA é vista como uma condição 'anormal' e a normalização dessa condição passa pelo seu tratamento médico, em que tanto os médicos, como as escolas e os próprios pais, veem esse tratamento como uma resposta normal para a PHDA. Note-se que o tratamento medicamentoso é relativamente recente em Portugal, desconhecendo-se, para já, as suas reais consequências e implicações futuras.

A (bio)medicalização do sofrimento infantil facilita o encobrimento das profundas mudanças sociais, económicas, políticas e culturais que têm transformado radicalmente as nossas sociedades nas últimas décadas. Como sociedade, deveríamos questionar-nos e analisar em que medida as condutas disruptivas e comportamentais destas crianças não estarão relacionadas com as mudanças que estão a ocorrer nas sociedades. Em vez de se medicalizar aspetos quotidianos, como a PHDA, seria necessário refletir porque as crianças estão cada vez mais agitadas e desatentas e procurar explicações no âmbito de um quadro social e não apenas biomédico.

Como sugere Giddens (2001), a PHDA tornou-se numa 'solução conveniente' para todos, na qual os pais encontram a justificação para o comportamento de seus filhos, deixando de se sentir responsabilizados pelo mesmo; os médicos encontram uma nova área de expansão para a sua prática profissional; e os professores, confrontados com turmas cada vez maiores, veem os seus alunos transformar-se em calmos "anjinhos".

Como sugere Augusto (2013), os desafios da investigação sociológica nesta área passam por identificar os motores da (bio)medicalização dos comportamentos das crianças, desconstruindo os interesses que lhe estão subjacentes e por discutir as consequências, para a sociedade e para as crianças deste processo crescente. Tal não implica, de modo algum, minimizar e relativizar o sofrimento real que a PHDA causa às crianças e aos seus pais.

Por esse motivo, torna-se necessário e fundamental alargar o debate em torno destas questões, para além das fronteiras da medicina, trazendo-o até ao público em geral, de modo a permitir que se reflita sobre todas as implicações subjacentes aos atores envolvidos e que

dele retirem as suas próprias ilações. Existe uma necessidade deste assunto não ser apenas discutido entre profissionais de saúde e ou especialistas da área da medicina, mas sim alargá-lo para a esfera pública. Para isso, dever-se-ia promover um debate público que envolva, para além da comunidade médica e científica, pais, escolas, nomeadamente professores, leigos, entre outros, na tentativa de discutir as implicações presentes e futuras para as crianças e para a sociedade.

Em modo de conclusão, esperamos que esta investigação possa ser um ponto de partida para novas interrogações e novos questionamentos em torno desta temática. Abre-se a porta a novos olhares, particularmente aos sociológicos, para que esta realidade seja captada de diversos ângulos e através da visão e entendimento de outros atores sociais importantes nesta matéria, entre eles os professores e educadores, procurando compreender não apenas o papel que possam desempenhar no processo de medicalização, mas também as razões que estarão subjacentes a essa atuação. Mas também é fundamental perceber a perspetiva do próprio doente, o que no caso das crianças levanta todas as questões éticas e dificuldades científicas que conhecemos, pelo que constituiria um claro desafio metodológico. O recente fenómeno do diagnóstico da PHDA em adultos é também um campo possível de explorações sociológicas. É necessário que a sociologia e a sua comunidade científica mantenham o espírito crítico e promovam debates e discussões em torno de questões sociais abrangidas por outros saberes, nomeadamente médicos.

Bibliografia

AGUIAR, Adriano Amaral de (2003), “Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea”, Estados Gerais de Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro;

ALEXANDRE, Marcos (2001), “O papel da mídia na difusão das representações sociais”, Comum, Rio de Janeiro, vol.6, n.º17, pp.111-125;

ALVES, Munís Pedro (2011), “Saberes médicos e remédios para educar: uma análise crítica sobre a medicalização do ensino” Revista Lentes Pedagógicas, vol.1, n.º2, pp.84-101;

ANTSHEL, Kevin M., PHILLIPS, Margaret H., GORDON, Michael, BARKLEY, Russell, FARAONE, Stephen V. (2006), “Is ADHD a valid disorder in children with intellectual delays?”, Clinical Psychology Review, 26: 555-572;

AUGUSTO, Amélia (2004), “Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida em Portugal: Dos problemas privados aos Assuntos Públicos”, Dissertação de Doutoramento, Covilhã, Universidade da Beira Interior;

AUGUSTO, Amélia (2013) “Novas configurações da medicalização: o caso da biomedicalização da infância”, apresentada nas Conferências dos 25 anos de sociologia na UBI, Universidade da Beira Interior.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. Bagatin (2011), “Snowball (Bola de Neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária”, X Congresso Nacional de Educação - I Seminário internacional de representações sociais, subjetividade e educação;

BARBARINI, Tatiana de Andrade (2011), “A Medicalização da vida e os Mecanismos de Controle: reflexões sobre o TDAH”, Plural, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, v.18 (1), pp. 93-115, São Paulo;

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi (2010), “Diagnóstico como nome próprio”, Psicologia & Sociedade, 22 (1): 70-77;

BARROS, José Augusto Cabral (2008), “Nuevas tendencias de la medicalización”, Ciência & Saúde Coletiva, 13 (sup): 579-587;

BOAVIDA, José Eduardo; PORFÍRIO, Helena; NOGUEIRA, Susana; BORGES, Luís (1998), “A criança hiperativa”, Saúde Infantil, 20(3): 21-30;

BONOTO, Sandra L. C. (2008), “Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: um estudo da influência deste fator na aprendizagem e na vida social”, vol. 1, n.º5, pp.76-83;

BRANCACCIO, Maria Teresa (2000), "Educational Hyperactivity: The Historical Emergence of a Concept." *Intercultural Education* 11 (2):165-177;

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales R.F. (2012), "Metilfenidato: medicamento *gadget* da contemporaneidade", *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, vol.16, n.º42, pp.623-636;

BROWN, Phil (1995), "Naming and Framing: the social construction of diagnosis and illness", *Journal of Health and Social Behavior*, (extra issue): 34-52;

BRZOWSKI, Fabíola Stolf, CAPONI, Sandra (2009), "Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados", *Revista de Saúde Coletiva*, 19 [4]: 1165-1187, Rio de Janeiro;

BRZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOWSKI, Jerzy André; CAPONI, Sandra (2010), "Classificações interativas: o caso do Transtorno de Deficit de Atenção com Hiperatividade infantil", *Comunicação Saúde Educação*, vol.14, n.º35, pp.891-904;

CABRAL, Manuel Villaverde (coord.), SILVA, Pedro Alcântara da; MENDES, Hugo (2002), "A saúde e o sistema de saúde na comunicação social portuguesa", cap.2, pp.67-91 in Saúde e Doença em Portugal: Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde, Imprensa de Ciências Sociais;

CALADO, Sílvia dos Santos; FERREIRA, Sílvia C. R. (2005), "Análise de documentos: método de recolha e análise de dados", *Metodologia de Investigação I - Mestrado em Educação*, DEFCUL;

CAPONI, Sandra (2009), "Biopolítica e medicalização dos anormais", *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [2]: 529-549;

CAPUCHA, Luís (2005), *Desafios da Pobreza*, Oeiras: Celta Editora.

CARAPINHEIRO, Graça (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º1, pp. 9-22;

CARAPINHEIRO, Graça (1987), "Cenários de estratégias médicas no hospital", *Revista de Crítica de Ciências Sociais*, n.º23, pp.141-156;

CARAPINHEIRO, Graça (1991), "Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º33, pp. 83-91;

CARAPINHEIRO, Graça (2010), "Equidade, Cidadania e Saúde. Apontamentos para uma reflexão sociológica", III(3):57-64, Alicerces;

CARDOSO, Dayse C. F. (2004), "Transtorno do deficit de atenção com hiperatividade: doença neurológica ou de construção social?" Universidade Candido Mendes, (dissertação para obtenção de grau de mestre);

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

CARVALHO, M^a João L. de; FERREIRA, Levina (2009), “Infância e Risco Social: retratos da imprensa portuguesa”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º60, pp. 105-129;

CAVALCANTI, Reginete, LIMA, Murilo D. C. (2009), “A criança hiperativa: o olhar da inclusão”, *Revista Saber & Educar*, n.º14, pp.1-4;

CHARACH, Alice (2010), “Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Epidemiology, Comorbidity and Assessment”, *Encyclopedia on Early Childhood Development*, Canada, pp.1-11;

CLARKE, Adele; SHIM, Janet; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer Ruth; FISHMAN, Jennifer (2003), “Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. biomedicine”, *American Sociological Review*, vol.68, n.º2, pp.161-194;

CLARKE, Juane N. (2011), “Magazine portrayal of attention deficit/hyperactivity disorder (ADD/ADHD): A post-modern epidemic in a post-trust society”, *Health, Risk & Society*, 13:7-8, 621-636;

CONRAD, Peter (1992), “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*, vol. 18, pp. 209-232;

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. (1992), “The Medicalization of Deviance” pp.177-182 in “Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness”, Philadelphia: Temple University Press, pp.177-182;

CONRAD, Peter, POTTER, Deborah (2000), “From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories.” *Social Problems* 47(4):559-582.

CONRAD, Peter, LEITER, Valerie (2004), “Medicalization, Markets and Consumers”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 158-176;

CONRAD, Peter (2005), “The shifting Engines of Medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, pp. 3-14;

CONRAD, Peter (2006), “Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior”, *Youth & Policy*, n.º 97 e 98, pp.187-193;

Conrad, Peter (2007) *Medicalization of Society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press

CONRAD, Peter (2010), “A Symposium on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: the changing social reality of ADHD”, *American Sociological Association*, Brandeis University, pp.525-529;

CONRAD, Peter; BARKER, Kristin K. (2011), “A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde”, n.º3;

COVENEY, Catherine, GABE, Jonathan, WILLIAMS, Simon (2011), "The sociology of cognitive enhancement: Medicalisation and beyond", *Health Sociology Review*, 20(4): 381-393;

DALEY, D., JONES, K., HUTCHINGS, J., THOMPSON, M. (2008), "Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions", *Child: care, health and development*, 35, 6, pp.754-766;

EBERSTADT, Mary (1999), "Why Ritalin Rules", *Policy Review*, 94:24-40;

FARAONE, Silvia, BARCALA, Alejandra, TORRICELLI, Flavia, BIANCHI, Eugenia, TAMBURRINO, M^a Cecilia (2010), "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina", *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, vol.14, n.º34, pp.483-497;

FERNANDES, João Cabral (2002), "Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais", 4.^a edição, Climepsi editores, Lisboa;

FASSIN, Didier (1998), "Avant-propos. Les politiques de la médicalisation" pp. 1-14 in AÏACH, Pierre; DELANOË, Daniel (1998), "L'ère de la médicalisation: Ecce homo sanitas", *Anthropos*;

FERRAZZA, Daniele de Andrade, ROCHA, Luiz Carlos, ROGONE, Heloísa Maria Heradão (2010), "A prescrição banalizada de psicofármacos na infância", *Revista de Psicologia da UNESP* 9 (1), pp. 36-44;

FERREIRA, Ana Catarina M. A. (2010), "Auto-imagem em crianças com Hiperactividade e Défice de Atenção - a nossa realidade", *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, pp. 1-31;

FILIPPE, Ângela Marques (2012), "Through the looking-glass: a critical review of sociology and medicine towards the diagnosis of ADHD", *Configurações, Revista de Sociologia* n. º8, pp.73-86, humus, Braga;

FISH, Amy (2004), "Lay-Diagnostic Tools, The Internet, and Definitions of Childhood: Attention Deficit Disorder as Cultural Phenomenon", *Northern Arizona University*, pp.1-22;

FLICK, Uwe (2005), "Métodos Qualitativos na Investigação Científica", Lisboa: Monitor;

FULLER, Paul (2004), "Attention Deficit Disorder as a Flexible Object", *American Sociological Association, Annual Meeting, San Francisco*, pp.1-20;

GARRIDO, Juliana (s/d), "Questionando a medicalização de crianças com dificuldade de escolarização - o estado da arte da produção académica sobre o tema nas áreas de educação, medicina e psicologia", FCM/UNICAMP;

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco (2011), “O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização”, Interface - Comunicação, Saúde e Educação;

GIDDENS, Anthony (2001), “Sociologia”, Fundação Calouste Gulbenkian, 8.ª edição, Lisboa;

GRAHAM, Linda J. (2006), “The politics of ADHD”, Queensland University of Technology, Australia, pp.1-12;

GOFFMAN, Erving (2008), “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, 4ª Edição, LTC Editora: Rio de Janeiro.

GONÇALVES, Amadeu Matos (2006), “A doença mental: determinação individual ou construção social”, Educação, ciência e tecnologia, n.º32, pp.163-168, Instituto Politécnico de Viseu;

GUARIDO, Renata (2007), “A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação”, Educação e Pesquisa, v.33, n.º1, pp.151-161;

GUERRA, Isabel Carvalho (2006), “Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso”, Príncipia Editora, Lda., Estoril;

HARVEY, E., DANFORTH, J.S., McKEE, T. Eberhardt, ULASZEK, W. R., FRIEDMAN, J. L. (2003), “Parenting of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology”, Journal of Attention Disorder, vol.7, n.º1, pp. 31-42;

HILGARTNER, Stephen; BOSK, Charles L. (1998), “The rise and fall social problems: a public arenas model”, The American Journal of Sociology, vol. 94, n.º1, pp.53-78;

IGNÁCIO, Vivian T. G.; NARDI, Henrique C. (2007), “A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul”, Psicologia & Sociedade, vol.19, n.º3, pp.88-95;

IRIART, Celia; RÍOS, Lisbeth Iglesias (2012), “Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad”, Interface - Comunic., Saude, Educ., vol. 19, n.º34, pp.1008-1024;

JACKSON, Debra; PETERS, Kathleen (2008), “Use of drug therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): maternal views and experiences”, Journal of Chínical Nursing, pp.2725-2732;

LALANDA, Piedade (1998), “Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica”, Análise Social, vol. XXXIII (148), pp. 871-883;

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean (1999), “A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências sociais”, Editora UFMG, Artmed, Porto Alegre;

LOPES, Ana M^a Teixeira (2000), “Sociedade de Informação: um conceito em discussão” in Gonçalves, M^a Eduarda (org.) (2000), Cultura científica e participação pública, Oeiras, Celta Editora: pp. 319-330;

LOPES, Noémia Mendes (2007), “Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança”, *Revista Crítica das Ciências Sociais*, pp.119-138;

MARTINS, Heloísa H. T. de Souza (2004), “Metodologia qualitativa de pesquisa”, *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.30, n.º2, pp.289-300;

MELO, Filipe Reis (2006), “Mídia como instrumento de controle social”, *UNIrevista*, vol. 1, n.º3, pp.1-9;

MELO, Linda Elisabete Mendes; QUINTAIS, Luís (2011), “Um estudo antropológico sobre a perturbação de hiperatividade com défice de atenção na criança”, *Antropologia Portuguesa*, n.º28, pp.9-32;

MILLER, Drew J., DEREFINCO, Karen J., LYNAM, Donald R., MILICH, Richard, FILLMORE, Mark T. (2009), “Impulsivity and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Subtype Classification Using the UPPS Impulsive”, *Psychopathol Behav Assess*, vol. 32, pp. 323-332;

MILLS, Ida (2011), “Understanding Parent Decision Making for Treatment of ADHD”, *School Social Work Journal*, vol. 36, n.º1, pp. 41-60;

MORAES, Rodrigo B. de Souza (2012), “... “como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspetiva da sociedade normalizadora” (tese de doutoramento), Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de empresas de São Paulo;

NGUYEN, Kim B.; CANTOR, Guillermo (2006), “Historical and Cultural Institutional Analyses of the Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, University of Maryland;

NETO, Mario Rodrigues Louzã (s/d), “Transtorno de deficit de Atenção/Hiperatividade: Breve história do Conceito”, pp. 13-21;

NORRIS, Pauline (org.) (2011), “Medicalisation or under-treatment? Psychotropic medication use by elderly people in New Zealand”, *Health Sociology Review*, 20(2): 202-218;

NYE, Robert A. (2003), “The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century.” *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 39(2):115-129.

PARSONS, Talcott (1951), “The social system”, Free Press, New York;

RABELO, M^a Clara (2011), “Diferentes perspectivas sobre um mesmo tema”, *ComCiência*, n.º126;

RIPLEY, Abida (2003), "An Awesome Alternative to Drugs: martial arts practice as treatment for children with AD/HD", pp.1-15;

SCHERMER, Maartje (2007), "The dynamics of the treatment-enhancement distinction: ADHD as a case study", *Philosophica* 79, pp.25-37;

SCHNITTKER, Jason (2009), "Mirage of Health in the Era of Biomedicalization: evaluating change in the Threshold of Illness, 1972-1996" *Social Forces*, 87(4):2155-82, University of Pennsylvania;

SEALE, Clive (2004), "Health and media: an overview" in Health and the media, Oxford, Blackwell, pp.1-16;

SINGH, Illina (2004), "Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame", *Social Science & Medicine*, 59: 1193-1205;

SINGH, Illina (2008), "Beyond polemics: science and ethics of ADHD", *Science and Society*, *Nature Reviews*, vol.9, pp.957-964;

SOARES, Daniela (2008), "Ser portador de doença de Machado-Joseph: Análise de um estigma", VI congresso português de sociologia, *Mundos sociais: saberes e práticas*, Universidade de Lisboa, FCSH;

SOARES, Giovana B.; CAPONI, Sandra (2011), "Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida", *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.15, n.º37, pp.437-446;

STALLINGS, Robert A. (1990), "Media discourse and the social construction of risk", *Social Problems*, vol.37, n.º1, pp.80-95;

STROH, Juliana Bielawski (2010), "TDAH - diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e a Arteterapia", *Construção Psicopedagógica*, vol.18, n.º17, pp.83-105;

SUISSA, Amnon Jacob (2007), "Dépendances et médicalisation: repères et enjeux psychosociaux", *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n.º2, pp. 92-110;

SUISSA, Amnon Jacob, COLLIN, Johanne (2007), "Les multiples facettes de la médicalisation du social", *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n.º2, pp. 25-33;

TERCHEK, Joshua J. (2009), "Sociology and Adult Attention Deficit Disorder", *Case Western Reserve University*, pp.1-17;

TESSER, C. D. (2006), "Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde", *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, vol.10, n.º19, pp.61-76;

THORELL, L. B., RYDELL, A-M. (2008), "Behaviour problems and social competence deficits associated with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: effects of age and gender", *Child: care, health and development*, 34, 5, pp.584-595;

TOMES, Nancy (2007), "Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation", vol. 369, pp: 698-700;

TUNES, Elizabeth, RAAD, Ingrid Lílian Fuhr (2006), "Quando a medicina adoecer", I Congresso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación CTS + 1, pp.1-10;

VALENTINE, Kylie (2010), "A consideration of medicalisation: Choice, engagement and other responsibilities of parents of children with autism spectrum disorder", *Social Science & Medicine*, 71: 950-957;

VIANA, Nildo (2012), "Capital farmacêutico, medicalização e Invenção de Doenças", *Revista espaço livre*, vol.7, n.º13, pp.37-41;

VECK, Wayne (2012), "Reflecting on attention-deficient hyperactivity disorder and disablement in education with Eric Fromm", *Disability & Society*, 27:2, 263-275;

Bibliografia Digital

AUGUSTO, Amélia, SIMÕES, Maria João (2007) “Diagnóstico Social em Concelhos da Beira Interior” Ubi-Ces disponível em <http://www.insercoes.com/observatorio/index.php?p=gruposalvo&cat=9> (consultado a 27-09-2013);

LIVINGSTON, Ken (1997) “Ritalin: Miracle drug or cop-out?” - disponível em <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/medicating/readings/publicinterest.html> (Consultado a 12-12-2012);

MATURO, Antonio (2012), “Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society”, vol.10, nº1, pp. 122-133 - disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353591/> (Consultado a 19-11-2012);

MULLER, Anna K.; FUERMAIER, Anselm B. M.; KOERTS, Janneke; TUCHA, Lara (2012), “Stigma in attention deficit hyperactivity disorder”, 4 (3): 101-114 - disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430836/> (Consultado a 30-01-2013).

PADILHÃO, Carla; MARQUES, Margarida; MARQUES, Cristina (2009), “Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: Diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários”, Revista Portuguesa de Clínica Geral, n.º 25, pp. 592-599 - disponível em <http://pt.scribd.com/doc/72291175/Perturbacoes-do-comportamento-e-perturbacao-de-hiperactividade-com-defice-de-atencao-diagnostico-e-intervencao-nos-Cuidados-de-Saude-Primarios> (Consultado a 25-06-2013).

Outras fontes

Associação Portuguesa da Criança Hiperativa;

Schreck, Inês, “Saber brincar com os filhos reduz birras e hiperatividade”, Jornal de Notícias, nº79 de 19.08.2013, p.6

<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/estudo-filhos-comportamento-disturbios-criancas/1440029-4071.html>

<http://musicaenaoso.blogs.sapo.pt/100274.html>

<http://www.chcbeira.pt/?cix=545&ixf=seccao&lang=1>

<http://www.rcpharma.com>

<http://www.jn.pt/paginainicial/>

<http://www.diariodosacores.pt/>

<http://www.cmjornal.xl.pt/>

<http://www.dn.pt/inicio/default.aspx>

http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Elenco_de_Morangos_com_A%C3%A7%C3%BAcar

<http://www.fda.gov/>

<http://ciberduvidas.pt/perguntas/get/290785>

<http://demaeparamae.pt/directorio/saude/cytothera>

<http://www.medinfar.pt/pt/GrupoMEDINFAR.aspx>

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32229&tipo_doc=fi

<https://pt.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

ANEXOS

Anexo I

Imagens de contestação à PHDA

Anexo II

Questionário de Conner

Anexo III

Guião da entrevista aos pais

Guião da entrevista aos profissionais médicos

Caracterização sociodemográfica

Anexo IV

Sinopses das entrevistas

Anexo V

Consentimento (dos pais) de participação no estudo

Anexo VI

Carta dirigida ao Agrupamento de Escolas da Covilhã

Anexo VII

Relatório Médico (avaliação psicológica)

Anexo I - Imagens de Contestação à PHDA



Fonte: <http://endthelie.com/2011/08/24/drugs-prescribed-to-children-for-adhd-are-molecularly-identical-to-street-drugs-and-are-really-powerful-psychotropic-mind-altering-chemicals/attachment/7731/#axzz2dxT8iSau>



Fonte: http://uploads.ronitbaras.com/2011/09/clip_image0033.jpg



Fonte: <http://scienceblogs.com.br/psicologico/2009/03/ritalina-a-solucao-para-seus-problemas/>



Por que deixar o governo drogar suas crianças?

Fonte: <http://saudecomvida.com/efeitos-secundarios-desastrosos-da-ritalina/>

Anexo II - Questionário de Conner

Questionário de Conner (Para Pais)

Nome da Criança: _____

Idade: _____

Nome do Pai/Mãe: _____

Data: _____

Leia cada item cuidadosamente e decida quanto é que pensa que o seu filho é afectado por estes problemas. Ponha uma cruz (X) no quadrado que pensa corresponder ao comportamento do seu filho no presente momento.

0 = Nunca

1 = Raramente

2 = Frequentemente

3 = Excessivamente

1. Sempre a mexer com as mãos (mexe no cabelo, roupa, etc.)
2. Mal educado com os adultos
3. Dificuldade em fazer e conservar amigos
4. Reage antes de pensar
5. Quer comandar tudo
6. Chupa ou rói (dedos, unhas, roupa)
7. Chora com facilidade e frequentemente
8. Irritável
9. Parece que anda “na lua”
10. Dificuldade a aprender
11. Irrequieto
12. Medroso (de novas situações, novas pessoas, locais, ir para a

| Nunca | Rarament | Frequent | Excessiva |
|-------|----------|----------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- 43. Outras dores
- 44. Vômitos ou enjoos
- 45. Sente-se posto de parte, na família
- 46. Gabarolas
- 47. Deixa-se influenciar
- 48. Problemas intestinais (obstipação, diarreia frequente, hábitos irregulares)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fonte:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&sqi=2&ved=0CD8QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.forma-te.com%2Fmediateca%2Fdownload-document%2F23068-questionario-de-conner-pais.html&ei=tXhZUuqmHsWv7AaFjYHwCw&usg=AFQjCNFEH1TsdrCRSr8Kk9TYrrNsymSkmw&sig2=_6z9GFYeFiaeeYsw4DElOg&bvm=bv.53899372,d.Yms

Anexo III - Guião da entrevista aos pais; Guião da entrevista aos profissionais médicos; Caracterização sociodemográfica

Guião das entrevistas (aos pais)

Construção do comportamento como problemático

Quais os comportamentos do seu filho que lhe pareceram ser diferentes do normal?

Em que medida definiria esses comportamentos como problemáticos, e porquê?

Qual é o impacto que esses comportamentos têm na vida do seu filho? E na vossa?

O que é a/o levou a procurar ajuda médica?

Alguma vez pensou ou recorreu a outro tipo de solução?

Se sim, esse acompanhamento ainda existe? E se não, porque é que não ponderou essa hipótese?

Definição do comportamento como patológico pela medicina: o diagnóstico

Qual a especialidade do médico que diagnosticou a hiperatividade?

Quais foram os sintomas que o médico indicou como sendo sintomas de hiperatividade?

O diagnóstico foi conclusivo logo na primeira consulta?

Não houve possibilidade de ser outra condição senão a hiperatividade?

Percebeu o processo que levou da primeira consulta ao diagnóstico?

Em que medida o diagnóstico foi surpreendente para vocês, e porquê?

O que é que já sabiam da hiperatividade, antes do diagnóstico?

Definição do comportamento como patológico pela medicina: o pós-diagnóstico

Como é que se sentiram após o diagnóstico de hiperatividade?

Qual foi o tratamento receitado pelo médico?

Como foi discutida, entre vocês, essa forma de tratamento? Aceitaram-na tal como vos foi proposta? Porquê?

A medicação é tomada durante todo o ano ou há interrupção nas férias? Se não, porquê?

Questionou o médico sobre os possíveis efeitos secundários na toma da medicação? Quais são?

Mesmo sabendo desses efeitos, porque aceitaram a medicação?

Sentiu alguma diferença entre o antes e após medicação? Se sim, qual?

Procurou ou foi informado(a) de outro tipo de tratamento para além dos medicamentos? Se sim, o que encontrou? Se não, porque não o fez?

Qual foi o horizonte temporal que o médico definiu para o tratamento? Houve alguma indicação sobre o fim do mesmo?

Houve influência de alguém da família, amigos ou professores na toma da medicação?

Como acha que o seu filho lidou com o diagnóstico? Ele apercebeu-se que estava 'doente'? Fez perguntas?

O que lhe disse sobre a doença, como lha explicou?

O seu filho mudou de atitude após o diagnóstico? Se sim, em quê?

Como reagiu a restante família ao diagnóstico?

E como foi a reação na escola - dos colegas? E dos professores?

Acha que o seu filho já foi rejeitado na escola, ou por amigos, devido à sua condição? Se sim, em que medida?

Depois das aulas, que tipo de atividades faz com o seu filho? Costuma brincar com ele ou ele brinca sozinho?

Após o diagnóstico, procurou mais algum tipo de informação acerca da hiperatividade? Se não, porquê? Se sim, onde procurou e o que encontrou?

Quais foram as maiores mudanças depois do diagnóstico? Foram todas elas mudanças positivas?

Alguma vez foi chamada à atenção pelo comportamento do seu filho? Se sim, como se sentiu?

Alguma vez se privou de sair com o seu filho por causa da sua condição?

Alguma vez se sentiu culpada pela doença do seu filho? Porquê?

O seu filho tem atividades extra curriculares? Se sim, onde e porquê? Se não, porquê?

Acha que esta condição pode trazer algum impacto no futuro do seu filho?

Como vê o futuro do seu filho?

Como define hiperatividade?

Guião da entrevista (aos profissionais médicos)

A doença e o diagnóstico

Descreva, em traços gerais, o que é a PHDA. Como a classifica, como uma doença, como uma perturbação, ou outra?

Quais os sintomas mais comuns da PHDA?

No seu entender, quais são as causas da PHDA?

Em que pressuposto se baseia para diagnosticar uma criança com PHDA?

Sendo o diagnóstico essencialmente clínico, em que medida o diagnóstico de PHDA difere de outras patologias?

Diria que há uma margem de erro inerente ao diagnóstico da PHDA que é superior ao diagnóstico de outras condições? Porquê?

Para além do tratamento farmacológico, tem conhecimento de outros tipos de tratamento/apoio a crianças com PHDA? Já alguma vez a recomendou, em vez da solução farmacológica?

Os pais e a procura de cuidados médicos

É comum haver pais que veem à consulta e já trazem um ‘diagnóstico’ pré-definido da PHDA?

Qual a reação dos pais quando o diagnóstico deles não é corroborado por si?

Quais os comportamentos dos filhos que referem ter como problemáticos?

Considera que os pais se encontram informados acerca da PHDA? Se sim, tipicamente, quais são as fontes de informação que referem ter como referência?

Qual a reação dos pais ao diagnóstico de PHDA?

Alguma vez se sentiu “pressionado/a”, pelos pais, para diagnosticar a PHDA?

Qual o nível de aceitação, por parte dos pais, dos tratamentos propostos?

Fazem questionamentos acerca do tratamento, sobre os efeitos secundários, ou por quanto tempo é feito?

Como encaram os pais o futuro dos seus filhos, após o diagnóstico?

Quando diagnostica uma criança com PHDA, explica-lhe do que se trata? Se sim, com lha explica?

A PHDA com contornos de uma 'epidemia'

No seu entender, o que acha que está a acontecer para o número de crianças com PHDA ter aumentado?

Tem a perceção prática desse aumento, no âmbito da sua prática clínica?

Acha que o aumento das taxas de PHDA corresponde efetivamente ao aumento desta patologia ou a uma maior predisposição para procurar ajuda médica?

Caracterização sociodemográfica

Sexo:

Habilitações literárias (mãe/pai):

Situação profissional (mãe/pai):

Idade com que a criança foi diagnosticada:

Idade atual:

Localização:

Rendimento mensal do agregado familiar:

<500€

501€ - 750€

751€ - 1000€

1001€ - 1250€

1251€ - 1500€

>1500€

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Anexo IV - Sinopses das entrevistas

Sinopse da entrevista: Juliana, mãe da Joana

| Dimensões | Análise | Excertos da entrevista |
|---|--|--|
| Construção do comportamento como problemático (Comportamento 'normal' vs 'anormal') | | |
| Perceção dos comportamentos 'anormais' na criança | Mostra grande facilidade em detetar os comportamentos 'anormais' da filha pois tem a experiência do filho mais velho que, foi igualmente, diagnosticado com esta doença quando era criança. | 00:00:03 - Como já tinha a experiência do primeiro, foi fácil. É a falta de atenção e a maneira de estar sentada. Não está sentada normalmente, com as pernas pra cima, sempre a mexer... não consegue fazer cinco minutos seguidos. Foram daqueles que despertou logo a atenção. E como já tinha tido a experiência do mais velho, foi muito mais simples detetar. (...). |
| Definição desses comportamentos como problemáticos | Aqui existe uma 'dupla' visão desses comportamentos como problemáticos. Por um lado, não são problemáticos porque a criança não perturba a sala de aula, devido à medicação. No entanto, por outro lado, esses comportamentos são um problema pois ela está no 'mundo da lua' e o aproveitamento escolar não é o melhor. Há aqui, novamente, uma comparação com o irmão. | 00:00:42 - É assim, ela na escola não é problemática. Ela, em particular, não é problemática porque quando está a tomar a medicação ela tá no cantinho dela, tá sossegadinha, não fala, não perturba... a única coisa é que ela pode não perturbar a nível de comportamento, mas se o professor não tiver a atenção de a chamar, ela está lá mas só de corpo, o pensamento já foi. (...) ela não perturba em termos de comportamento, enquanto que o mais velho não, o mais velho dava cabo da sala toda. O mais velho dentro da sala de aula era horrível, não deixava que uma aula decorresse. Ela não, quase que ninguém dá por ela. Ela entra, tá sossegadinha, lá está no cantinho dela, portanto, em termos comportamentais dentro da sala de aula não chateia. É depois é cá fora! (...) Chateia-me mais fora da sala de aula, mas eu prefiro que seja assim. |
| Impacto desses comportamentos na criança | Esses comportamentos podem afetar o «desenvolvimento cognitivo» da criança pois se ela não faz questionamentos na aula, fica com dúvidas e essas dúvidas podem levar ao insucesso escolar. | 00:02:15 - Pode prejudicar porque o facto dela estar sossegada não pergunta, ela não é uma miúda que pergunte. Ela tá sossegadinha no cantinho dela portanto ela não pergunta. Não perguntando, ela pode... fica com as dúvidas. Ficando com as dúvidas ela não avança! Não avançando, depois pode prejudicar porque o desenvolvimento cognitivo pode não ser o melhor. Acho que é por aí. E depois é assim, tendo um défice de atenção a concentração também lá não está, acaba por não apreender aquilo que |

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

| | | |
|--|---|--|
| | | deve. E depois fica sempre qualquer coisa por aprender. (...) Acho que é mais por aí. Que o desenvolvimento dela não é o suficiente. |
| Impacto desses comportamentos no meio familiar | Relativamente ao meio familiar, existe a percepção de uma imaturidade da criança. Essa 'imaturidade' faz com que o irmão não aceite as atitudes da irmã. Em relação aos pais, existe alguma discordância, entre o casal, do modo como o pai reage a determinadas situações. | 00:03:19 - A nível familiar é assim, ela é muito imatura pra idade dela! (...) ela tem doze mas se calhar os comportamentos são de nove ou dez. E aqui ela não chateia muito, (...) a nível familiar é mais o irmão (...) e ele tenta que ela cresça mais rapidamente e não aceita muito bem os comportamentos mais imaturos dela. Agora eu, a nível... e o pai, pronto, acabamos por... acabamos por às vezes 'chocar' porque eu não quero que ela faça certas atitudes e ele continua a fazê-las como se ela tivesse menos idade e eu não quero que ela as faça. (...). |
| Procura de solução médica | A procura de ajuda a nível médico foi efetuada através da chamada de atenção da professora. Antes disso, no infantário já havia um alerta para os comportamentos 'anormais' da criança. No entanto, a mãe pensou tratar-se de atitudes naturais para a idade e que certamente iriam desaparecer com o passar do tempo. Surgiu, então, o contacto com o profissional médico. | 00:06:08 - A queixa da professora! (...) queixa mas não foi queixas a nível comportamental, a professora é que me disse "a Joana está com muita falta de atenção. Entra na sala, passados cinco minutos quer ir à casa de banho", esse tipo de comportamentos (...). Mas foi mais a professora que me chamou mais à atenção. A nível do infantário começaram-me a dizer "ah, ela está um bocadinho desatenta, ela só quer brincadeira". (...) e a professora é que me alertou, "ela tá com falta de atenção, é melhor procurar ajuda". Depois quando fui ao pediatra dela acabei por falar no assunto e depois ele encaminhou-me pra pedopsiquiatra (...). |
| Outro tipo de solução | Manifesta que não procurou outro tipo de ajuda, para além da médica, pois a zona interior não oferece outra alternativa. Se tivesse num meio urbano com mais opções procuraria, mas assim sendo, não. | 00:07:31 - Sinceramente não. 00:07:38 - Porque é assim, acho que nós estamos num meio que não há assim muita coisa. Acho que não há assim muita coisa. É assim, tá bem que a gente não sabe se a medicação faz bem se faz mal, pronto, não sabemos. É um tiro no escuro se estamos a fazer bem se estamos a fazer mal, não sabemos. Mas uma coisa é certa e verdade, é que ela sem medicação também não faria nada! Pronto, agora é assim, medicinas alternativas?! Aqui na Beira Interior eu não vejo assim grande coisa. Se eu se calhar estivesse em Lisboa ou no Porto, e me tivessem, se calhar, sei lá, psicólogos ou outra maneira, ou mesmo medicinas alternativas, se calhar até procurava mas aqui, sinceramente, acho que estamos aqui um bocadinho desprovidos destas coisas. E então por isso é que não procurei mais ajuda. Só mesmo por causa disso. |
| <p>Construção da PHDA como patológico (Definição do comportamento como patológico pela medicina: o diagnóstico)</p> | | |
| Especialidade do médico que diagnosticou PHDA | Recorrendo à ajuda da pedopsiquiatria e da psicologia, em que o diagnóstico foi de PHDA, solicitou outra opinião médica. Recorrendo aos serviços do Hospital de Coimbra, tirou as dúvidas quando os resultados coincidiram. No entanto, tendo em conta as situações complicadas a que assistiu, para esta mãe a sua filha não é doente mas apenas uma criança com mais energia. | 00:08:38 - Ela é mesmo pedopsiquiatra. E depois foi à psicóloga também. Foi às duas. E depois (...) quis outra opinião médica. Não fiquei só pelo hospital da Covilhã e fui a este centro em Coimbra. É assim, eu sei que fui a um centro que se calhar uma pessoa até lá chega e ficamos assim um bocado assustados, mas quando ficamos assustados acabamos por dar valor àquilo que temos, porque ela pra mim não é doente. Pra mim é uma miúda que é mexida (...). E então quis outra opinião médica de uma psicóloga de Coimbra (...). Quis uma segunda opinião pra não estar só com a primeira. (...) acabou por bater uma coisa com a outra (...). |

| | | |
|---|--|--|
| Sintomas que o médico indicou como sendo sintomas de PHDA | Enumeração dos sintomas que o médico indicou como sendo sintomas de PHDA. | 00:12:02 - (...) Fica cansada (...) temos de ter um plano de trabalho. (...) ela começa a coçar-se e quando ela começa a mexer no cabelo e pronto, aí não vale a pena. Foi mais por aí por esses sintomas. Concentração (...). E depois farta-se muito! Quer acabar as coisas à pressa porque já está farta de fazer, mais por aí que começou a diagnosticar. |
| Conclusão do diagnóstico | O diagnóstico foi apenas conclusivo após duas sessões devido ao cansaço da criança. | 00:13:49 - Não, na primeira não. Ela teve que lá voltar. Porque (...) eles apontaram logo, pronto, mas como viram que ela já estava cansada, que ela já estava a ficar irrequieta e não sei quê, então preferiram parar por ali e voltar. A psicóloga foi a mesma coisa aqui na Covilhã (...). |
| Possibilidade de ser outro tipo de problema | Foram descartadas todas as outras possibilidades resultando no diagnóstico de PHDA. | 00:14:29 - Não. (...) a última consulta que teve fez sobre genética, a ver se havia algum problema a nível genético, não há. (...) para despistarmos tudo ela fez exames a tudo. Portanto, ficou tudo despistado nesse aspeto. Nós não descansámos enquanto não ficou tudo em “pratos limpos”. |
| Perceção de todo o processo | Demonstra ser uma mãe atenta e interessada na doença da filha pois não sai do consultório médico sem ver as suas (possíveis) dúvidas esclarecidas. | 00:16:20 - Sim! (...) É assim, eles são claros e eu também não deixo passar, um bocado, em branco. “Porque é que se vai fazer isto, porque é que se vai fazer aquilo, porque é que isto, porque é que aquilo”. (...) Eu sou um bocadinho tagarela e pergunto sempre, eu não sou capaz de deixar... porque se eu sair e não perguntar, eu já não fico bem. Portanto, eu pergunto sempre porque é que estamos a fazer isto e porque é que estamos a fazer aquilo. Por isso, eu normalmente fico esclarecida! |
| Informação acerca da PHDA | Manifesta estar sempre a pesquisar na internet sobre diversos assuntos. | 00:19:56 - (...) eu também estou sempre agarrada ao computador. Pronto, também tenho um vício que é estar no computador. Não sei se é bom ou se é mau, mas eu tenho um vício, um vício mesmo. (...) Eu tenho que andar sempre a procurar, ando sempre a pesquisar e enquanto eu não pesquiso tudo e mais alguma coisa, eu não descanso. E quando eu vi, de facto, um dos <i>sites</i> é do doutor Luís Borges, que os pais têm que estar com atenção às reações dos filhos, (...). |
| Diagnóstico surpreendente | Não houve qualquer tipo de surpresa no diagnóstico pois tinha já a experiência do filho mais velho. Faz uma comparação com o seu comportamento quando era criança e de como as coisas mudaram. | 00:23:05 - Não. 00:23:11 - Porque como já tínhamos tido o primeiro... hiperativo, já sabíamos mais ou menos os sintomas dele. Eu também sou um bocadinho, não é?! mas como digo, na altura não havia, não havia estas coisas (...). É assim, começamos a olhar pra miúda e começamos a ver o mesmo filme outra vez. Portanto, não foi surpreendente, não foi! |
| Conhecimento da PHDA antes do diagnóstico | Novamente já tinha conhecimento da PHDA devido ao diagnóstico do filho há vinte anos atrás. Mostra que antigamente não existia muita informação acerca do assunto e que nos dias de hoje existem inúmeros <i>sites</i> com informação. | 00:23:47 - (...) com ela já foi mais fácil. O primeiro foi mais complicado porque não sabíamos muito bem se era de uma coisa ou se era da outra. (...) falta de educação é uma coisa e irrequieto é outra. As coisas são divergentes. Agora, se ele fosse mal-educado aí não. Aí nem lhe permitia a ele... (...). Por isso foi mais difícil diagnosticar no mais velho do que nela. Agora, claro, depois começa a gente a pensar “hiperativo” vamos procurar e não sei quê, só que ele já tem vinte anos. E agora estas coisas estão muito mais... a gente chega aqui (computador) e há muitos mais <i>sites</i> onde a gente possa pesquisar do que há dezasseis anos atrás. É muito mais... quem é que ouvia falar em hiperatividade? Ninguém! E a medicação de onde é que vinha? De Espanha. Era um problema pra arranjar medicação. Portanto e depois ele acabou por acalmar. Chega ali aos catorze ou quinze anos acabou por acalmar por ele próprio. E acho também que ela |

| | | |
|---|---|---|
| | | deve ser a mesma coisa. Mas não, não foi muito (surpreendente). Ela não foi muito difícil, ele foi mais. |
| O pós-diagnóstico (Definição do comportamento como patológico pela medicina: o pós-diagnóstico) | | |
| Sentimento após o diagnóstico | Aceitação do diagnóstico uma vez que a PHDA não é uma doença grave e que tem resolução. | 00:30:45 - É assim, ao princípio ficámos... epá, não é revoltados, não é. Acabamos por dizer “epá, outro? Vamos passar tudo outra vez pelo mesmo?”, pronto. Mas acaba por se aceitar. Ficamos... não é revoltados, eu não fiquei revoltada, não, não fiquei. Não fiquei porque acho que há coisas tão más... quando eu estive com ela em Coimbra e vi coisas tão más a acontecer às crianças, isto não é nada, nada! Custa muito mais ver uma criança com cancro, e vê-los aí passar os dias no hospital, do que ela. Por isso não. Epá, é difícil. Epá, vamos pra frente. Não vamos baixar os braços, vamos pra frente. Agora, quando não conseguimos fazer nada, isso é muito mais complicado, agora isto é... resolve-se! Isto resolve-se. |
| Tratamento receitado pelo médico | O tratamento receitado pela médica foi a medicação. No entanto a médica deu dicas para como lidar com a situação. | 00:31:45 - (...) foi a medicação, pronto. Dão-nos um plano de estudo, dão-nos como é que nós devemos de lidar mais com a situação, não tentar gritar, tentar dar sempre a volta porque quanto mais a gente lhe diz que não, mas eles têm tendência “olha que eu faço”, pronto. Tentar dar a volta perante a situação, tentar dizer-lhe que aquilo não é bem assim. A gente faz as coisas de outra maneira, mas... ensinam-nos a lidar um bocadinho com eles. Por isso é que eu não sei como é que tenho tanta paciência. |
| Discussão (entre o casal) desse modo de tratamento | Aceitação, por parte do casal, da medicação. | 00:32:33 - Sim. |
| Toma da medicação | A criança só toma a medicação durante o período letivo. Demonstração de receio dos possíveis efeitos secundários. Exceção da toma da medicação para além das aulas. | 00:34:12 - Sim [só toma a medicação durante o período letivo]. (...) como eu não sei os efeitos secundários da medicação, nós ficamos um bocadinho receosos de dar! Mas também se não dermos, ficamos aqui naquela balança, “damos, não damos; damos, não damos”. Se calhar é melhor dar. Então no fim de semana, às vezes também ficamos nós assim, com os cabelos lá em pé, não é?! Houve um dia que, ela estava tão agitada por causa dos exames que eu tive que lhe dar mesmo no fim de semana, pronto. Mas normalmente nas férias passo... não dou. Normalmente não dou. |
| Possíveis efeitos secundários | São medicamentos relativamente recentes. Como o filho mais velho já tomou a medicação e ainda não surgiram efeitos secundários, demonstra uma tranquilização relativamente a esse método de tratamento. Mesmo tento conhecimento dos possíveis efeitos secundários a medicação é a forma de tratamento | 00:34:52 - Eu questionei! (...) Porque são medicamentos relativamente ainda recentes, não é?! Por isso não sabemos quais são os efeitos secundários. Mas é assim, eu como já dei ao mais velho e até agora ainda não vi nenhum efeito secundário, penso que também não será daqui por vinte anos que os vai ter, não é?! Portanto, fiquei um bocadinho mais tranquilizada sobre isso. E ela (médica) diz... lá está, damos quando é necessário, quando não é, deixamos. 00:35:36 - É assim, porque não há nenhum efeito secundário diagnosticado! O efeito secundário que há é, dificuldade no apetite, falta de apetite, um bocadinho de |

| | | |
|--|---|--|
| | pois não existe nenhum efeito secundário cientificamente comprovado que a preocupe. | sonolência... opá, mas isso... isso aí depois compensa-se. Damos vitaminas, pra compensar. Não há assim nenhum efeito secundário que a gente diga... que nos assuste e digamos assim “não damos mesmo!”, não é?! não há nenhum efeito secundário que nos assuste! |
| Diferença entre o antes e o após medicação | A diferença visível na toma da medicação é o nível de concentração que a criança apresenta. Ou seja, com a medicação faz os trabalhos de casa, enquanto sem ela, não. | 00:36:25 - Sim. 00:36:30 - Na concentração. Não tem nada a ver! Não tem nada a ver. Se estivermos a trabalhar sem medicação, é quase trabalho deitado ao ar, porque não está! E quando está sem medicação, quando é à tardinha, tem que se aproveitar muito bem ali... lá está, não se pode trabalhar tudo seguido, porque... não se pode levar tudo seguido, é impossível (...) porque eu acho que já é demais, por dia. (...). |
| Possíveis causas para a PHDA | Segundo a entrevistada não existe nenhuma causa para as crianças serem hiperativas, apenas o são porque têm de ser. Revela que ambas as gravidezes foram ‘normais’ e que não será por aí a possível causa. Para além disso, advoga que hoje as pessoas estão envolvidas num <i>stress</i> diário que antigamente não existia. | 00:37:12 - Não. Acho que eles são assim porque têm de ser. Se calhar eu é que sou muito nervosa e nas gestações estou sempre a ‘ferver’, não é!? (...) Mas se calhar às tantas, eles dizem que não, mas às tantas... eu não acho que desta tenha tido uma gravidez... nem na do primeiro... acho que foi uma gravidez normal, sem sobressaltos nem sustos nem... (...) Eu acho que é o que tem de ser! E porquê? Se calhar, não sabiam falar tanto nisto porque antigamente as mães estavam em casa, não havia stress diário. Mas agora temos uma vida completamente diferente! Também se calhar, às tantas, é por aí. |
| Procura ou informação de outro tipo de tratamento para além da medicação | Manifesta que já procurou alguma alternativa à medicação mas que não encontrou nada que fosse ao encontro do esperado. Salienta, novamente a ideia de que se fosse num grande centro talvez existissem outras alternativas. | 00:38:47 - É assim, eu sinceramente não vi nada que fosse ao encontro... que me respondesse... que me dissesse assim “opá, faz isto porque vais ter o mesmo resultado da medicação”. Não, não encontrei nada. Por enquanto acho que não há. Lá está, acho que se estivesse num grande centro e se calhar fosse fazer ioga ou fazer outro tipo de concentração, se calhar seria diferente. Mas aqui não vejo assim mais nada. |
| Horizonte temporal da toma da medicação | Possui uma expectativa de mudança de comportamento na adolescência que irá equivaler a deixar a medicação. | 00:39:26 - (...) Normalmente é na adolescência que eles mudam. Portanto, normalmente é até aí que se faz a medicação. Pelo menos no mais velho foi até à adolescência. (...). Mas normalmente é até eles mudarem um bocadinho. Normalmente é até aí. Pelo menos... |
| Influência na toma da medicação | Não existiu nenhuma influência na toma da medicação. | 00:40:13 - Não. |
| Explicação da doença à criança | Considera que não vale a pena esconder a doença à criança. | 00:42:17 - Eu disse “como é que estás nas aulas?”, “oh, não me concentro. Não apanho nada”, “então e achas que uma medicação faz...”. Depois tive-lhe a dizer que era melhor tomar a medicação porque se calhar... “tá bem!”. Não gosta de tomar, não gosta... (...). Toma e não tem problema. (...) Mas ela sabe. Ela sabe e não vale a pena esconder. |
| Mudança de atitude após o diagnóstico | Utilização, por parte da criança, a ‘desculpa’ de que é doente e que não se consegue concentrar para não realizar algumas atividades escolares. | 00:43:10 - (...) De vez em quando já utiliza esse argumento, “sabes que eu não me consigo concentrar”, (...). Já. Já utilizou esse argumento. |
| | <u>Reação ao diagnóstico</u> | |
| Por parte da família | Houve apenas, por parte da avó materna da | 00:43:50 - (...) Não se chatearam muito. Só mais (...) a minha mãe. A avó é que “ah, |

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

| | | |
|---|--|---|
| <p>Por parte dos professores</p> <p>Por parte dos colegas/ Rejeição na escola</p> | <p>criança, uma discordância na toma da medicação.</p> <p>Os professores reagiram bem.</p> <p>Não houve nenhum episódio de rejeição da parte da escola e dos colegas de turma. No entanto, a criança não tem amigos e passa o tempo do intervalo, sozinha.</p> | <p>agora vais dar isso à criança e mais não sei quê!”. A minha mãe é que não gosta nada. O meu pai não se chateia muito, mas a minha mãe não gosta muito que lhe dê medicação. A minha mãe fica sempre comigo “ah, essa porcaria, essa porcaria”, eu disse “oh mãe, então que quer que lhe faça? Temos que remediar o mal, não é!? se calhar não é a melhor coisa mas eu também não sei... A gente não sabe se está a fazer bem se está a fazer mal. Mas também não há nada a dizer que faz mal, não é?!”. 00:43:53 - Acho que reagiram bem... pelo menos não tive nenhum (...) atrito. (...). 00:45:43 - Lá está, como ela não perturba na aula, não tenho queixas. (...) 00:46:19 - (...) se calhar o rejeitar, entre aspas, é dela ser assim, se calhar, e não ter amizades. Se calhar por aí. (...). Por parte dos colegas se calhar não aceitem ela ser assim, aí talvez. Porque às vezes custa-me ela andar sozinha, sempre, pronto. E ela lá tá no cantito dela e às vezes custa-me vê-la sozinha, pronto. (...) Por isso é que eu digo, vamos dar tempo ao tempo. (...) Temos de aceitar.</p> |
| <p>Atividades extracurriculares</p> | <p>Apesar de reconhecer que a prática de uma atividade desportiva iria ajudar a controlar os comportamentos enérgicos da criança, não o consegue fazer devido à falta de tempo e tarefas domésticas após o dia de trabalho.</p> | <p>00:47:20 - É assim, eu confesso que não tenho muito tempo! Não tenho muito tempo porque eu às vezes gostava que ela, se calhar, fosse pra uma piscina ou um <i>karaté</i> ou... (...) Eles requerem muita atenção. O facto de requererem muita atenção, eu sei que se calhar se tivesse uma atividade desportiva... eu já a tentei meter no <i>karaté</i> mas ela não... e depois nas primeiras aulas tudo muito bem mas a partir dali já é tudo muito igual já não... já lá não estava, então o que é que ela lá estava a fazer?! Estar a perder tempo de ir a pô-la e a busca-la e não sei quê, então vamos deixar.</p> |
| <p>Procura de informação sobre a PHDA após o diagnóstico</p> <p>Tipo de informação encontrada</p> | <p style="text-align: center;"><u>Informação</u></p> <p>Manifesta ter informação necessária acerca do assunto devido ao filho ter tido a mesma doença. Apesar disso, procurou algumas informações na internet mas sem grande pormenor.</p> <p>Apesar de ter as informações necessárias, o tipo de pesquisa feita foi como lidar com a doença e a criança pois isso, segundo a entrevistada, é o mais difícil de encontrar.</p> | <p>00:49:06 - Como já a tinha, não procurei. Mas pronto, mas como lhe digo, andei muito a procurar na net. Mas a gente já tinha assim, uma visão já geral. Já não foi preciso.</p> <p>00:49:26 - Houve um documentário que eu gostei muito de um médico americano, (...), que indicava o processo como é que nós havíamos de lidar com eles. Acho que foi muito produtivo, essa parte. Porque o diagnóstico como isto e como é isto e aquilo, não. Isso aí já... acho que já há muita coisa sobre isso e não vale a pena porque a gente já sabe, já é. Agora, lidar com eles e ter métodos de trabalhar com eles, acho que isso é que é muito produtivo. Isso é que eu gostei mais de encontrar (...).</p> |
| <p>Maiores mudanças após diagnóstico</p> | <p style="text-align: center;"><u>Mudança na vida familiar</u></p> <p>A elaboração e cumprimento de um plano diário foram as maiores mudanças após o diagnóstico.</p> | <p>00:50:29 - As maiores mudanças é fazer um plano diário. É assim, eu sei que é rotineiro, mas estes miúdos se lhe damos muita liberdade, depois não se consegue agarrar. (...) Os trabalhos de casa são feitos diariamente, naquele dia. (...).</p> |

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| | Define essa mudança como positiva uma vez que ajuda e obriga a criança ao cumprimento desse plano. | 00:52:30 - Sim, eu acho. Porque foi da maneira que conseguimos organizar. Pra já a vida, e da dela... e métodos de trabalho e de estudo que ela não tinha. Portanto, eu acho isso muito proveitoso. Também às vezes, há dias que a gente foge um bocadinho à regra, mas depois tem de se voltar outra vez porque... não dá. |
| Privação de sair devido à PHDA | Deixou de ir a certos sítios não por uma questão de vergonha, mas para que a criança perceba que não pode ter tudo o que quer. | 00:53:07 - Sim. Porque quando metem uma coisa na cabeça, e fazem fitas onde não devem... (...) Deixei de ir a certos sítios por causa de... pra ela entender também. Não é pelo facto de eu ficar com vergonha, não porque eu não tenho vergonha, eu estico a mão e acabou-se, não há problema nenhum. Mas é o facto de também ela perceber e entender que não é como ela quer. Não é por serem hiperativos que podem fazer o que querem. Não é por aí. |
| Sentimento de culpa | Sem sentimento de culpa. | 00:55:36 - Não tenho de me sentir culpada de nada. Não tenho culpa, não é!? Isso não. |
| Impacto da PHDA no futuro da criança | <p style="text-align: center;"><u>Visão do futuro</u></p> <p>A PHDA deixou sequelas no futuro do irmão porque deixou de estudar no ensino regular. Tentam que com a filha seja diferente e que siga os procedimentos 'normais' dos estudos na tentativa de ter uma atividade profissional.</p> | 00:55:36 - É assim, ao irmão trouxe! Deixou de ter gosto pelos estudos, deixou de estudar, vamos ver se ela não vai por esse caminho. Como já temos a experiência de um, tentamos que isto não vá influenciar o futuro dela depois numa futura atividade que ela possa ter. Portanto, agora tentamos ir contra a maré. O primeiro não deu, mas também não é por não querer, pronto, ele depois acabou por tirar um curso profissional e tudo, mas não... os estudos normais não é com eles. Tem de ser prática. Porque se for muito teórica não vão lá. Se for muito teórico eles não vão lá. Tem que os atrair, tem que haver qualquer coisa que os atraia porque se não os atrair não há nada a fazer. Nada mesmo! |
| Visão do futuro da criança | Não coloca expetativas no futuro da criança. Apenas deseja que a filha tenha um bom futuro, independentemente da profissão que escolher, e não dependa de terceiros. | 00:56:37 - Se quer que lhe diga eu não penso muito nisso, asserio. Eu já sofri por antecipação... (a criança diz, "eu gostava de ser cozinheira porque eu adoro cozinhar"). Lá está, tem que ser uma coisa prática. Mas também não me repugna nada! Porque acho que tem que haver de tudo! Um bom calceteiro, um bom electricista, uma boa cozinheira, portanto não me repugna nada. "ah, o meu filho tem de ser isto", não! Isso acho que não tem nada a ver. Mas não penso muito sobre o assunto. (...). Não pensamos muito lá pra frente. Depois tentamos é levar as coisas sempre a bom porto, pronto. Tentamos que ela tenha alguma coisa, tenha algum estudo, tenha... pra ser uma pessoa como deve de ser na vida e que se consiga manter sozinha, não é!? Porque acho que é o principal de uma pessoa. (...). |
| O sistema escolar | Refere que deveria haver professores direcionados a crianças diagnosticadas com PHDA e que teriam melhores resultados. Para além disso, também refere que turmas mais pequenas seria vantajoso para os alunos apreenderem a matéria das aulas. | 00:58:20 - Eu acho que devia haver professores mesmo direcionados pra hiperatividade e sim, que sejam formados, que saibam como lidar com eles, porque o que agora temos como professores é professores direcionados para NE's. Não há professores direcionados pra hiperatividade. Nós tentamos ter formação mas é por nossa conta porque acho que não há, mas devia haver. Aí concordo plenamente que devia haver. Mas não há! Não há professores que saibam lidar. Mas devia haver! Porque o que há agora não é pra |

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

| | | |
|-------------------|--|---|
| | <p>São encontradas possíveis explicações sociais para o aumento do número de crianças diagnosticadas.</p> | <p>hiperatividade, não é?! (...). E turmas mais reduzidas.</p> <p>00:59:30 - E turmas mais reduzidas. (...) sejamos sinceros, mesmo que não haja nenhum aluno na turma que seja hiperativo, e que já haja alguma turma com necessidades educativas especiais, não é com vinte e seis alunos que se consegue ensinar matemática! Não se consegue! Ou então consegues, mas reduzem o programa a metade. Aí consegue-se! Consegue-se trabalhar com vinte e seis alunos. Agora, com vinte e seis alunos um programa extenso, decimo segundo ano, como uma pessoa tem, três livros pra dar, uma turma com vinte e seis? O rendimento é o mesmo? Não é! Acho que turmas reduzidas, com professores direcionados pros miúdos hiperativos os resultados seriam bem melhores!</p> |
| Definição de PHDA | <p>Define a hiperatividade através dos sintomas mais comuns desta condição. É difícil de lidar, mas fácil aceitar.</p> <p>Apesar de achar que a PHDA não é uma doença, acaba por referencia-la como tal, visto precisar de tratamento e acompanhamento médico. No entanto, apesar de ser uma doença não é 'má' e passageira.</p> | <p>01:02:57 - Pra mim a hiperatividade é não estar concentrado, não estar atento, mexer como se tivessem a picá-los constantemente. Difícil de aceitar?! Não. Difícil de lidar? Sim. Aí sim. Mas de aceitar, não. Mas pra mim a hiperatividade é essa mesmo, é os miúdos não estarem sossegados, não estarem concentrados, a atenção deles está... e estes miúdos hiperativos, se tiverem um tema que os atraia, (...), eles dedicam-se a cem por cento. Agora, se o tema não os agrada, então não vale a pena porque eles não vão pra lá. Por mais que se faça, por mais que se diga, (...) Eles não fazem. É preciso haver uma atração naquilo que fazem e com pressão, não vai lá. Pra mim a hiperatividade é mesmo isto! Difícil de lidar, sim! Continuo a dizer. Não é fácil!</p> <p>01:04:08 - Acaba por ser uma doença. É assim, acaba por ser uma doença que eu acho que é passageira, mas acaba por ser uma doença porquê?! Não é uma doença má, não é. É assim, é uma coisa passageira portanto... mas acaba por ser uma doença porque senão não tínhamos que os tratar, não tínhamos que lidar com eles de uma maneira diferente, não é?! por isso acaba por ser. Não é é uma coisa assim tao ruim quanto isso. (...). Há que ter calma com as coisas. Se calhar agora tenho uma maneira diferente de lidar com a situação porque na primeira se calhar não foi bem assim. Foi assim um bocadinho "agora como é que eu vou fazer e agora como é que eu vou ajudá-lo e como é que... não vou cair neste erro e vou cair naquele", é difícil. Não é fácil!</p> |

Sinopse da entrevista: Pedopsiquiatra

| Dimensões | Análise | Excertos da entrevista |
|--|--|--|
| Construção médica da PHDA como patológica (a doença e o diagnóstico) | | |
| Definição, em traços gerais, da PHDA | São apresentados os sintomas, algumas características mais comuns da criança diagnosticadas com esta condição e os tipos de PHDA existentes. | 00:00:02 - A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção portanto será realmente uma perturbação em que, de facto, podem fazer parte da sintomatologia a nível da hiperatividade motora, impulsividade e défice de concentração. Podem existir estas três áreas ou não dependendo da criança. A criança pode ter dificuldade, em realmente, estar concentrada muito tempo na mesma tarefa, saltar de tarefa em tarefa, muita vez esquece-se facilmente das coisas, pode ser impulsiva nomeadamente quer dizendo coisas ou fazendo coisas sem pensar primeiro, diz a primeira coisa que lhe vem à cabeça. Tem dificuldade em estar também parado o tempo que, segundo o nível de desenvolvimento, seria de esperar que estivesse. Tem tendência, realmente, a mexer-se bastante a ter, como nós chamamos, os bichos-carpinteiros, pode estar sempre em movimento. E no fundo a PHDA é uma combinação disto tudo em que realmente há miúdos que realmente têm mais uma vertente a nível... são mais hiperativos, outros com mais défice de atenção ou as duas coisas. E depois isto dá uma grande 'misturada'. |
| Possível causa | Refere algumas possíveis causas para a existência da PHDA, tais como a genética e um mau funcionamento em certas zonas cerebrais. | 00:01:48 - É assim, a etiologia adquirida não é muito frequente. Por exemplo, traumatismos cranianos, normalmente meningites nos primeiros anos de vida, podem dar sequelas... por exemplo, (...) nos prematuros a incidência de PHDA é maior do que nas outras crianças. Existe uma certa componente genética que muitas vezes se vê até mesmo porque muitas vezes existem mais pessoas na família. (...). No fundo, o que existe, nos casos em que existe uma etiologia conhecida, ou seja, em que é congénito, não é adquirido, há uma certa imaturidade nos circuitos de concentração, de funcionamento desses circuitos. 00:03:04 - Sim (relacionado com algumas zonas do cérebro). Porque a medicação vai atuar em circuitos específicos e realmente melhora o funcionamento desses circuitos. |
| Margem de erro no diagnóstico | Como o diagnóstico é essencialmente clínico existe uma margem de erro inerente a ele. Neste sentido é necessário eliminar outras possibilidades. Para além | 00:04:16 - Mas aí entra a parte do diagnóstico diferencial, não é? que terá sempre que se fazer. Tal como noutras situações em que o diagnóstico é essencialmente clínico, portanto, através da existência de sintomas, unicamente, e que depois temos que fazer |

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

| | | |
|--|---|---|
| | disso, refere que mais de metade das crianças com PHDA tem comorbilidade. | o diagnóstico diferencial. O autismo é só feito através de sintomatologia, por exemplo. Logo tem de se fazer diagnósticos diferenciais para perceber se é autismo ou não. E na PHDA também. Tem que se ter em atenção o que é que existe. Porque a nível da PHDA, existe outro problema que é a comorbilidade. Podem ser feitos mais do que um diagnóstico. A comorbilidade é a regra. Mais de metade das crianças com hiperatividade e défice de atenção têm, para além deste diagnóstico, têm outro diagnóstico. |
| Sintomas mais comuns da PHDA | Faz uma enumeração dos sintomas mais comuns da PHDA e alerta para que o diagnóstico seja conclusivo, apenas, após os seis anos de idade | 00:05:39 - (...) pode existir dificuldade de concentração, ou realmente a hiperatividade motora e a impulsividade. Provavelmente o menino não conseguir estar quieto, quando supostamente deveria estar e a incapacidade de realmente estar concentrado em tarefas que sejam longas e chatas. Mas é assim, atenção, o diagnóstico só deve ser feito após os seis anos de idade. Porque até aos seis anos de idade, esta variação da questão da inquietação motora e a concentração é muito variável, o leque é muito grande. A variação do normal. Portanto, só a partir dos seis anos, quando entram para a primeira classe é que corretamente deverá ser efetuado o diagnóstico. |
| Outro tipo de tratamento | A medicação é apenas necessária quando os sintomas da PHDA interferem com a vida social e académica da criança. Enumera medidas pedagógicas dentro da sala de aula para diminuir os sintomas. | 00:06:39 - (...) existe sim. Só metade dos casos diagnosticados é que está indicada a questão da medicação, por exemplo, em que há mesmo necessidade de medicação. Porque muitas vezes existe um défice de concentração ou uma hiperatividade que não interfere em muito, por exemplo, no rendimento escolar ou na vida social da criança e por isso muitas vezes não há necessidade de medicação. Não quer dizer que por se fazer o diagnóstico que tenham de ser medicados. (...). Para além da questão da medicação também há medidas pedagógicas dentro da sala de aula, que têm de se ter em conta, como seja, por exemplo, estar sentado à frente, estar sozinho na carteira, não estar junto da janela, as tarefas escolares serem divididas e dadas às prestações, o professor ter em atenção para impedir que ele se distraia. Portanto, a nível da escola há medidas pedagógicas a serem tomadas, e a nível da família existe também, como é evidente, medidas a nível comportamental que têm de ser tomadas porque uma das grandes comorbilidades, (...). Portanto, controlo a nível do comportamento e a supervisão comportamental e a exigência de regras, é uma parte importantíssima destes casos. |
| Prescrição de outro tipo de tratamento | Já diagnosticou crianças com PHDA e não receitou medicação. Considera que só quando é necessário, o faz. | 00:08:41 - Sim, em alguns casos ou não necessitam ou ainda não necessitam. Podem vir a necessitar no futuro. Por exemplo, quando se faz o diagnóstico pode ainda não ser necessário, a intervenção farmacológica, porque realmente a nível de escola, o rendimento anda bom, não há grandes problemas a nível de comportamento, portanto, muitas vezes não é necessário a medicação e às vezes só pode ser necessária no futuro. |
| O pré-diagnóstico | Em alguns casos os pais fazem um 'pré-diagnóstico' da PHDA, através das educadoras ou professoras que os chamaram à atenção pelo comportamento dos filhos na escola. | 00:10:14 - Muitas vezes há pais que já suspeitam do que é que a criança poderá ter. Ou porque, por exemplo, as educadoras já disseram aos pais ou a professora já deu assim uma pista e os pais já viram qualquer coisa e então já há suspeita de que, provavelmente, a criança pode ter uma PHDA. |
| Conceção de 'criança hiperativa' | A conceção de criança hiperativa advém do conhecimento geral (tando da escola como da | 00:10:57 - É assim, vem do meio porque é assim, esta questão de hiperatividade e défice de atenção é uma questão que está muito... que é do conhecimento geral, que é |

| | | |
|---|---|--|
| | sociedade no geral). Manifesta que é necessário ter em atenção essa conceção e não generalizar a todas as crianças mais mexidas. | muito frequente, quer a nível da escola quer a nível do público em geral, não é!? Existe já (...) um conhecimento da hiperatividade e défice de atenção. O problema às vezes é que exageram e chamam a tudo hiperatividade e défice de atenção e às vezes não é. O problema é às vezes virem “ah não, é hiperativo” e às vezes até nem é. |
| Os pais e a procura de cuidados médicos | | |
| Reação dos pais ao diagnóstico | Os pais aceitam facilmente o diagnóstico uma vez que consideram a PHDA como algo passageiro. Para além disso, não é uma doença muito estigmatizante, pelo que os pais aceita melhor a melhor a PHDA do que um ‘diagnóstico’ de falta de regras. | 00:13:15 - Normalmente (...) aceitam facilmente porque já havia uma suspeita. E muitas vezes suspeita que há alguma coisa e até dizem que não vieram mais cedo porque estavam a ver se passava, com a idade. E como depois não passou com a idade, quer dizer, não tem melhorado com a idade e por isso até vêm à consulta. Não é... porque esta questão da hiperatividade não é muito estigmatizante, por isso os pais aceitam facilmente. É mais fácil aceitar um diagnóstico em hiperatividade do que um diagnóstico de falta de regras. O problema é esse. |
| Papel da internet | Sendo a internet um meio ao dispor de todos, é necessário ter em atenção o tipo de informação que se procura e fazer uma seleção. Existe uma procura de mais informação por parte dos pais. | 00:15:51 - A internet tem um papel fundamental umas vezes bom outras vezes mau porque na internet existe de tudo. Existe muitos disparates e se a pessoa realmente não tem um bom feeling, vai ler coisas que não deve ou que não estão corretas cientificamente e é muito complicado. 00:16:15 - Sim, sim. Muitos fazem pesquisas e tentam perceber e tal e até falam nisso. Dizem que vão à internet, que já viram isto e viram aquilo. Isso é verdade. |
| Comportamentos que os pais referem como problemáticos | Quando os pais se dirigem à consulta, mencionam os sintomas que consideram um ‘problema’. | 00:16:33 - (...), a agitação motora, não parar quieto, a impulsividade que dá origem a birras frequentes, a um comportamento difícil opositor devido à impulsividade, muitas vezes são crianças que estão sempre do contra, o passarem pouco tempo com as atividades, ou seja, não se entretêm facilmente porque estão sempre a mudar de atividade porque não conseguem estar muito tempo com a mesma tarefa. Mesmo às vezes na brincadeira, portanto, não conseguem estar às vezes a brincar muito tempo com as mesmas coisas. Portanto, começam a brincar com uma coisa, depois passam pra outra, depois vão fazer outra coisa e portanto aquilo é uma agitação permanente. Uma das coisas que têm grandes défices de concentração e hiperatividade, às vezes não ligam nem à televisão nem aos jogos de computador nem conseguem ligar. Nem se entretêm com isso, às vezes. Ou seja, às vezes nem sabem o que hão de fazer. |
| Pressão para o diagnóstico | Existe uma pressão dos professores não para diagnosticar, mas para medicar a criança uma vez que a criança perturba dentro da sala de aula. | 00:18:54 - (pausa). Pelos pais não. É mais frequente pelos professores. Melhor ainda, não pra diagnosticar mas pra medicar! Às vezes pode haver uma certa pressão ou dos pais ou dos professores, que é feita através dos pais, para a medicação. Isso acontece. 00:19:34 - Porque realmente aquela criança, de alguma maneira, perturba um pouco a sala de aula e eles não estão... quer dizer, é difícil também por alguma razão, porque têm muitos alunos, lidar com uma situação daquelas. Mesmo às vezes o rendimento sendo normal. |

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

| | | |
|---|--|---|
| Nível de aceitação da medicação | Manifesta, no seu caso em particular, uma certa resistência dos pais à medicação. | 00:20:00 - Muitas vezes, quanto à questão da medicação, existe uma certa reticência. Algumas reticências quanto à medicação. 00:20:18 - Depende. Há quem não aceite. Há quem não aceite a medicação. Por várias razões, ou porque acha que as crianças são novas demais pra tomar a medicação, com seis anos ou sete é novo demais, ou porque foram à internet e andaram a ler coisas que dizem que realmente a medicação causa dependência e que é uma droga que torna... que no futuro vão ser toxicodependentes, pronto, por uma serie de razões pode haver uma grande resistência à medicação. |
| Questionamentos sobre a doença | Os pais preocupam-se com os possíveis efeitos secundários da medicação e por quanto tempo. | 00:20:53 - Sim, sim. É assim, eles querem saber se vai causar alguma coisa, ou seja, se tem efeitos secundários e até quando é que têm de tomar a medicação. |
| Explicação da doença à criança | A criança possui um entendimento geral do seu comportamento, por exemplo, dentro da sala de aula. É necessário que a toma da medicação seja bem explicada, o seu propósito, para existir uma aceitação também por parte da criança. | 00:22:29 - (...) a criança percebe porque são crianças a partir dos seis anos de idade, ponto número um. A criança tem noção do que faz ou do que não faz. Se a professora o repreende muito se não, que não consegue estar sentado, se se levante muito na sala de aula ou não, se o seu rendimento é bom ou não, a criança sabe isso, não é?! Portanto, não é novidade nenhuma. E a questão é nós dizermos que, principalmente com a questão da medicação, tem que ser muito bem explicado se for necessário a medicação para a criança perceber porque é que está a tomar a medicação e para aceitar a medicação. |
| A PHDA com contornos de uma ‘epidemia’ | | |
| Possível explicação para o aumento do número de crianças com PHDA | Refere que a doença e a medicação ainda são relativamente recentes em Portugal. O aumento do número de crianças com PHDA resulta do aparecimento e prescrição desse medicamento, no nosso país passando, a ter uma maior visibilidade. | 00:23:23 - (...), a PHDA apareceu apenas com a DSM-III. (...) quer dizer que é uma situação aparentemente recente, embora a medicação já exista há muitos anos. Porque estas crianças já eram medicadas. Agora, em Portugal, (...), não havia medicação. (...) há dezasseis anos, não existia medicação. Era proibida em Portugal a venda. O Hospital Pediátrico em Coimbra mandava-o vir e era na farmácia do hospital que se dava, pronto. Não haveria possibilidade de aquisição. Era proibida a medicação em Portugal. |
| A exigência do sistema escolar | Para além disso, menciona que o alargamento da escolaridade obrigatória poderá, também, estar na origem desse aumento. | 00:25:20 - Agora, a partir do momento em que começou essa medicação para a hiperatividade e défice de atenção, realmente começou-se a falar realmente da situação. Aí já ao fazer o diagnóstico, se fosse necessário, já se poderia medicar. Também tem muito a ver com isso. E a questão é assim, depois também tem a ver com outra coisa, o aumento da escolaridade obrigatória! Porque a criança com PHDA poderá ter problemas a nível do rendimento escolar, se ela vai ser obrigada andar até aos dezoito anos na escola, aí é complicado. Porque tem de solucionar esses problemas. Porque se a criança pudesse sair ao sexto ano, “ah não dá nada na escola, sai”, pronto, deixava de haver problema. Tudo bem que ela aí pode andar... pode fazer tarefas simples que não tem problema. Agora, o estar sentada numa sala de aula chata, não ouvir o professor é muito complicado. O ter de fazer testes, o ter que passar de ano, é muito complicado. Portanto, o aumento da escolaridade obrigatória e o que obriga as |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>As escolas estão cada vez mais exigentes com os seus alunos para que tenham um bom rendimento escolar e para que possam ser cotadas como as melhores.</p> | <p>crianças a estarem na escola, é complicado. No meu tempo, a escolaridade quando eu fiz a escola primária, era só até ao quarto ano. Podia sair após a quarta classe. Crianças que tivessem dificuldade na aprendizagem fosse pelo que fosse, não davam nada na escola, tudo bem, saíam, não tem problema. Aos dez anos saíam da escola. Depois era só até ao sexto ano, a escolaridade obrigatória, tudo bem, aguentavam até ao sexto ano e depois iam embora. Engraçado é haver muitos pais destas crianças e que tiveram défices de concentração, eram um pouco hiperativos, e que saíram da escola muito cedo. Ou porque era muito chato ou porque estavam fartos ou porque não davam nada. Agora, não foram obrigados a estar até aos dezoito anos na escola. Até muitas vezes, essas crianças, querem ir trabalhar que é muito mais divertido estar a trabalhar do que estar na escola todo o dia em aulas, fechados em salas a ter testes, a estudar para testes. Preferem ir trabalhar. Querem ir trabalhar.</p> <p>00:27:59 - As escolas começam a ser cotadas e a ter rankings e a escola começa a exigir que os alunos tenham boas notas, que passem. Quer dizer, e então não é só a hiperatividade e o défice de atenção. Todas as patologias que impliquem dificuldades de aprendizagem começam agora realmente a ser necessário um diagnóstico. Dislexia, por exemplo. É necessário fazer um diagnóstico porque interfere na aprendizagem.</p> |
| Perceção do aumento de crianças diagnosticadas | <p>Existe uma perceção desse aumento tendo em conta a sua prática clínica.</p> <p>As escolas são, na sua maioria, as responsáveis pela procura de ajuda médica através de uma sinalização dos 'diferentes'.</p> | <p>00:28:52 - É assim, essa perceção é que há cada vez mais miúdos com hiperatividade e défice de atenção, ou suspeita de défice de atenção, cada vez mais miúdos. Mas sim, existe.</p> <p>00:29:19 - Sim, porque realmente existe interferências com a escola. E portanto, a escola cada vez mais vem assinalando estes miúdos e orientando, dizendo aos pais para irem ao médico ou coisa assim.</p> |
| Pressupostos para diagnosticar a PHDA | <p>É utilizado o DSM como ferramenta para o diagnóstico de PHDA. Esse diagnóstico só faz sentido se os sintomas interferirem com a vida social e académica da criança.</p> | <p>00:30:26 - Nós usamos os critérios da DSM.</p> <p>00:30:40 - Através da listagem da DSM. (...) temos os critérios da DSM e também alguns critérios, a questão de até que ponto prejudica a vida académica e social da criança. Porque não é só a questão de preencher, ou não, a sintomatologia, ter ou não os sintomas, mas até que ponto esses sintomas interferem ou não na vida dele. Porque se existir a sintomatologia, se não houver interferência na vida social e académica da criança, o diagnóstico não faz sentido. (...) pode existir sintomas, portanto, o diagnóstico é assintomático, não existem análises, quer dizer, existe a presença de certos sintomas e é por isso que se faz o diagnóstico. Mas depois é preciso também perceber até que ponto os sintomas, que existem, interferem na vida daquela criança e no desenvolvimento daquela criança. Perturbam a aprendizagem, perturbam a relação social dele, as relações sociais dele, impedem que ele frequente atividades extraescolares devido a problemas de comportamentos?! Quer dizer, depois tem de se fazer uma análise na interferência da sintomatologia que existe na vida daquela criança.</p> |

(Bio)Medicalização da Infância: a PHDA - definição do problema, construção e impactos da solução

| | | |
|--|---|--|
| <p>Aumento das taxas de diagnóstico corresponde efetivamente ao número desta patologia ou uma maior predisposição a aceitar a doença</p> | <p>O problema não está em se assinalar e diagnosticar uma criança com a PHDA. Preocupante é o aumento da medicação em crianças que não a necessitam.</p> <p>O aumento das taxas de diagnóstico corresponde ao facilitismo que existe na prescrição da medicação.</p> | <p>00:32:34 - (...) O que está a haver é, realmente, uma maior atenção a estas questões. Estão a ser sinalizadas cada vez mais crianças porque elas realmente existem. Agora, a questão é saber aqueles que precisam ou não da medicação. Porque o problema não é o diagnóstico. O problema é a questão do aumento da medicação. Ou da utilização da medicação nestas crianças. Algumas precisam, outras não. E às vezes pode haver é um certo facilitismo na medicação. Dizerem, pronto, “tem isto ou tem aquilo, tem este ou aquele sintoma, pronto, medico, já está!”. Pode estar a haver um aumento muito grande, nesse sentido, na medicação. Muito facilmente.</p> <p>00:34:08 - Não sei até que ponto médicos de clínica geral estão dentro do assunto, não têm formação, não têm preparação, se conhecem a medicação. (...) Não sei... é este facilitismo na medicação que acho que está a haver e está a existir. Mesmo que exista o diagnóstico, está a haver um grande facilitismo na parte da medicação.</p> |
| <p>Toma da medicação</p> | <p>Não existe concordância em relação à toma da medicação.</p> <p>A medicação deveria ser tomada apenas durante a semana e em períodos de aulas. No entanto exigem exceções em situações em que a concentração é necessária, como por exemplo, em época de testes. Põe em duvida a toma da medicação em outros contextos que não os escolares. É necessária uma avaliação individual uma vez que cada caso é um caso.</p> | <p>00:35:22 - Também há outras coisas mais subtis, existem médicos que acham, por exemplo, que tem de ser tomado todos os dias do ano, outros que acham que só para as aulas...</p> <p>00:35:32 - Essa seria a regra. Há exceções. Quando é necessário estar concentrado. Há jovens que precisam de estudar ao fim de semana e que têm de tomar ao fim de semana, por exemplo, na época de testes porque têm que estudar porque se não tomarem não conseguem estudar. E aí já terão que tomar. Agora, o estar na praia e estar concentrado na praia para saber onde é que é o mar, aí já começo a pôr as minhas dúvidas se é necessário a medicação, ou não. (...), cada caso é um caso e tem de ser analisado assim muito... existem regras gerais mas depois cada caso tem de ser muito bem esmiuçado. É que eles são muito diferentes. A questão é que, com o mesmo diagnóstico, são muito diferentes as crianças, umas das outras, com perfis de funcionamento muito diferentes.</p> |

Anexo V - Consentimento de participação no estudo

CONSENTIMENTO - PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: “IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA HIPERATIVIDADE NA INFÂNCIA”

1 - *Qual é o objetivo do estudo?* O objetivo deste estudo é compreender e analisar, do ponto de vista da sociologia, o impacto da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) nas crianças para, no fundo, dar a conhecer esta realidade junto da comunidade científica e da sociedade, em geral.

2 - *Como me escolheram para participar?* Optámos por entrevistar todas as pessoas que se mostraram disponíveis.

3 - *O que é que a minha participação envolve?* Planeámos uma entrevista, com a duração aproximada de uma ou duas horas. Se consentir, a entrevista será gravada, para que possa ser transcrita.

4 - *O estudo implica a minha identificação?* Não, será sempre garantido o anonimato de todos os participantes, assim como não será revelado o nome das crianças ou mesmo o estabelecimento de ensino que frequentam.

5 - *Quais são os direitos dos participantes?* Podem colocar todas as questões relacionadas com a pesquisa, que serão respondidas. Podem também desistir a qualquer momento. A participação é totalmente voluntária.

6 - *Se eu quiser mais informação sobre o estudo, quem posso contactar?* Este estudo faz parte do percurso de mestrado em “Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais” da UBI. A orientadora da tese pode ser contactada por e-mail (aagusto@ubi.pt). A investigadora pode ser contactada por telefone (96x xxx xxx) ou por e-mail (m4720@ubi.pt).

Ana Valentina Sardinha

Participante, / /

Anexo VI - Carta dirigida ao Agrupamento de escolas da Covilhã

Exma. Senhora Diretora do Agrupamento de Escolas da Covilhã

Chamo-me Ana Valentina Sardinha, sou aluna de mestrado da Universidade da Beira Interior e encontro-me no 2.º ano do Mestrado de Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais. A área de investigação na qual me encontro a realizar a dissertação insere-se no âmbito do estudo de crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, por ser uma matéria de interesse e gosto pessoal, como também por ser um assunto pouco debatido e estudado em Portugal. Por reconhecer a sensibilidade social do tema em questão e as questões éticas que se colocariam à possibilidade de serem as crianças os participantes no estudo, optei pelos pais de crianças com a referida perturbação.

Assim sendo, venho por este meio pedir a colaboração no possível contacto com os pais de crianças hiperativas que se encontrem a frequentar o agrupamento, para assim fazerem parte do meu estudo sociológico. A instituição é meramente mediadora entre o investigador e os entrevistados na troca de contactos, não sendo necessária a minha permanência na mesma. Pretendo realizar entrevistas com os pais dessas crianças, comprometendo-me desde já a explicar-lhes os objetivos da minha investigação e a assegurar o total anonimato, tanto da instituição que frequentam como dos pais entrevistados e respetivos filhos.

Esta investigação é de cariz meramente académico, sendo que a entrevista com os pais é decisiva para a conclusão da dissertação. Se for necessária mais alguma informação é só contactar a investigadora e, caso seja do interesse da instituição ou algum dos entrevistados, após a conclusão do estudo ser-lhe-á cedida uma cópia do mesmo.

Obrigado pela atenção despendida.

Atenciosamente, a investigadora _____

(Contacto: m4720@ubi.pt)

Covilhã, 2 de Maio de 2013

Anexo VII - Relatório médico e avaliação psicológica

NOME: _____

DATA NASCIMENTO: _____

INFORMAÇÃO DE PSICOLOGIA

_____ veio a Consulta de Psicologia por solicitação da família para avaliação cognitiva.

Foi-lhe aplicada a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III), com os seguintes resultados que enviamos:

WISC-III - Resultados

Testes Verbais:

Informação: 5

Semelhanças: 8

Aritmética: 1

Vocabulário: 6

Compreensão: 4

Testes de Realização:

Completamento de Gravuras: 4

Código: 8

Disposição de Gravuras: 1

Cubos: 4

Composição de Objectos: 1

WISC-III - Classificação da Inteligência

QI v 65 **Muito inferior**

QI r 59 **Muito inferior**

QI ec 58 **Muito inferior**

Trata-se de uma criança com um nível intelectual muito inferior aos valores normativos para a sua idade cronológica, de acordo com a WISC-III. Embora tenha evidenciado um bom índice de colaboração, os dados obtidos na Escala Verbal, na Escala de Realização e na Escala Completa não foram os esperados para a sua faixa etária, apontando para um comprometimento global das funções cognitivas, ainda que com uma ligeira predominância da área verbal sobre a de realização. São resultados que estão de acordo com observações clínicas anteriores, também indicadoras de desfasamento.

Compreende-se, assim, que necessite de repetição e supervisão para finalizar as tarefas, mesmo quando são simples, concretas, apelativas, decorrendo essa exigência de todo um quadro de imaturidade.

Embora tenha vindo a evoluir ao nível da capacidade de atenção/concentração, sobretudo sob o efeito de medicação, continua sem permanecer muito tempo em tarefa,

interessando-se, sobretudo, pelas actividades propostas numa vertente lúdica e requerendo monitorização constante.

Na medida em que tais características comprometem o processo de aprendizagem, compreende-se que necessite de estratégias adequadas e conformes à legislação em vigor para um melhor desempenho.

Importa considerar, neste contexto, a influência dos factores treino e motivação. O facto de tentar cumprir orientações é um aspecto positivo que interessa promover no seu percurso, sempre no sentido de ajudar a consolidar aquisições feitas e de favorecer outras, mais funcionais e úteis para a sua vida

Coimbra,

A Psicóloga

**CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO
RELATÓRIO MEDICO**

Covilhã, [redacted]

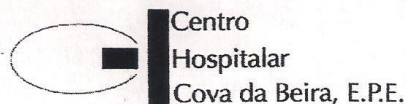
Adolescente [redacted] seguida em Consulta de Desenvolvimento neste Hospital desde 2009 por Dificuldades de Aprendizagem.

A última avaliação Psicológica, (2013, sobreponível á de 2009) revelou um Funcionamento Intelectual de nível débil na Escala Completa. Verbal e de Realização; Compreensão Verbal, Velocidade de Processamento e Organização Perceptiva de nível débil. Em termos comportamentais avaliação inicial demonstrou um risco aumentado de Pericrbação de Hiperactividade e Défice de Atenção com boa resposta ao metifenidato que mantém.

Mantém seguimento em Consulta de Desenvolvimento. Atendendo ao seu Défice Cognitivo sugerimos a manutenção do apoio pedagógico individualizado com as Necessidades Educativas Especiais de forma a obter melhor desempenho académico. Sugerem-se ainda estratégias que lhe permitam diminuir a desatenção tais como sentar nos lugares da frente; tarefas curtas e objectivas e tarefas que exijam maior poder de concentração da parte da manhã, etc.

Com os melhores cumprimentos,

A Pediatria



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA A ESCOLA

A _____ foi avaliada, na consulta de Psicologia, com a Escala de Inteligência para Crianças (Wisc-III)

À data da avaliação, tendo em conta a classificação dos Níveis de Inteligência da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (Wisc-III) e a Definição de Deficiência Mental que consta no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), a _____ apresentava um Défice Cognitivo, apresentando dificuldades bastante significativas nas seguintes áreas:

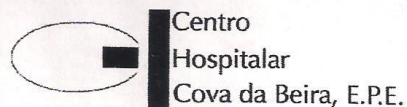
- **Nível de conhecimentos gerais e factuais** (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e socioculturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais);
- **Capacidade de computação** (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos);
- **Representação simbólica e mental** (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números, análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos);
- **Expressão verbal e verbalização** (desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional, comunicação ao nível do grupo);
- **Integração das normas sociais e parentais e juízo prático** (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização);



- **Memória visual de longo prazo** (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade);
- **Adaptação prática e social e estruturação temporal** (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequenciação temporal);
- **Conceptualização** (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não- verbais);
- **Estruturação espacial e lateralização** (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensorio-motor, percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina);
- **Memória visual imediata** (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora);
- **Capacidade de aprendizagem;**
- **Velocidade de execução e perspicácia.**

De um modo geral as crianças com défice cognitivo apresentam habilidades visuo espaciais mais desenvolvidas do que as capacidades cognitivas relacionadas à linguagem. As limitações mais significativas verificam-se nas dificuldades ao nível do pensamento abstracto, metafórico e categorial, na incapacidade de planeamento estratégico e na previsão das consequências de acções complexas.

Verifica-se também a existência de rigidez cognitiva e dificuldade em aprender com os erros e de, a partir deles, desenvolver novas e diferentes estratégias cognitivas de acção. O seu raciocínio é sempre muito específico para cada situação e costumam ser incapazes de generalizar. Têm dificuldades em adaptar-se a novas situações e demonstram pouca capacidade de avaliação e demasiada ingenuidade e imaturidade.



As crianças com Défice cognitivo, revelam com frequência transtornos emocionais (depressivos, ansiosos, de comportamento, com agressividade), cujo conteúdo dos sintomas não é tão elaborado.

Assim sendo, tornava-se primordial dar oportunidade à de se sentir compreendida e receber apoio a fim de promover um desenvolvimento integrado, equilibrado e ajustado, reforçando os seus pontos fortes, os seus esforços, abrindo um espaço onde tenha oportunidade de mostrar os seus talentos, estimulando e incentivando o aumento da sua produtividade e o desenvolvimento de novas competências, tendo como objectivo evitar o desenvolvimento de dificuldades continuadas e permanentes ao nível da sua personalidade Global, em termos de aprendizagem, comunicação, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social.

Sem outro assunto de momento.

A Psicóloga Clínica,

Covilhã,