

VÂNIA MIDORI BRUNELI E SILVA

O Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e seu Tratamento Medicamentoso: vivências de mães de crianças diagnosticadas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Cecília da Silva

Maringá
2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

VÂNIA MIDORI BRUNELI E SILVA

O Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e seu Tratamento Medicamentoso: vivências de mães de crianças diagnosticadas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lúcia Cecília da Silva

PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Profa. Dra. Adriana de Fátima Franco

PPI/Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Ana Maria Monte Coelho Frota

Universidade Federal do Ceará

Aprovada em:

Local da defesa:

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

S586d Silva, Vânia Midori Bruneli e
O diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e seu tratamento medicamentoso: vivências de mães de crianças diagnosticadas / Vânia Midori Bruneli e Silva. - - Maringá, 2016.
128 f.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Cecília da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

1. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade de. 2. Criança – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). 3. Medicalização. 4. Existencialismo. I. Silva, Lúcia Cecília da, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 21.ed. 616.8589

MGC-001727

Dedico este trabalho ao meu filho Felipe
Leonel Bruneli e Silva.

AGRADECIMENTOS

Ao Erick, meu companheiro de vida, que me ensinou a amar e ser amada. Obrigada por respeitar minhas escolhas e entender minhas ausências durante o período do mestrado.

Ao meu filho Felipe por acrescentar ainda mais sentido à minha vida e por ensinar todos os dias sobre o amor, a paciência e a importância do olhar.

Aos meus pais, Mithuco e Francisco, que sempre estiveram presentes, orientando e acreditando em mim. Obrigada pela educação que me deram, por serem exemplos de amor e por serem os melhores pais que eu poderia ter. À Vanessa e à Viviane, por serem as melhores irmãs, amigas e confidentes. Agradeço também ao Reginaldo, à Stella e ao pequeno Talles, por acrescentarem amor à nossa família nuclear.

À Lucinha que com sua calma e acolhimento me guiou neste processo difícil, mas, ao mesmo tempo, maravilhoso e revigorante. Obrigada por me escutar, ajudar e acreditar em mim. Com o findar do mestrado, com certeza, sentirei sua falta. Obrigada!

À Sylvia Mara, por me apresentar o existencialismo, servir de exemplo profissional e pessoal. Agradeço imensamente tê-la encontrado no último ano da graduação. Obrigada por se fazer presente em minha vida profissional desde 2006.

À Prof. Dra. Adriana de Fátima Franco e à Prof. Dra. Ana Maria Monte Coelho Frota pelos apontamentos e contribuições que marcaram significativamente este trabalho. Aproveito também para agradecer à Prof. Dra. Maria Lúcia Boarini pelas aulas exemplares que influenciaram meu modo de pensar e olhar o mundo.

À querida amiga Talita Marcomini por me ajudar nos momentos de angústia e ler incansavelmente meu trabalho, sua ajuda foi essencial; à Melck por estar ao meu lado me apoiando e dividindo comigo seus medos e alegrias sempre em momentos tão semelhantes aos meus; ao André Scarafiz, por dividir comigo os minutos entre uma sessão e outra e, com isso, facilitar a reflexão sobre os resultados desta pesquisa; e a minha sócia Marina, pela companhia e por, simplesmente, escutar os meus receios.

À minha família, em especial minhas primas (Helo, Camila, Mariana, Dani, Lilian, Mayra, Martha, Marga e Maria Ana) e minhas tias (Mary, Iolanda, Leonilda e Luzia) que, de uma forma ou outra, se fizeram presentes nesta caminhada.

À Roseli e à Márcia que me ajudaram em momentos importantíssimos e cuidaram tão bem do meu bem mais precioso. Serei sempre grata!

Aos colegas de mestrado que compartilharam momentos agradáveis e de muito aprendizado, em especial, ao Fabrício, Jéssica, Chiara, Taiane, Francirene e, especialmente, à querida Franciele Leão.

À Roseli Machado pelo cuidado e dedicação que teve ao realizar a revisão deste trabalho.

Agradeço a todos que me ajudaram neste percurso, especialmente, as colaboradoras desta pesquisa pela gratuidade com que me receberam e dividiram comigo suas vivências, medos e inseguranças.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos.

A todos os meus pacientes, em especial às crianças que são seres iluminados e me estimularam a entrar na vida acadêmica novamente.

Amadurecer como uma árvore que não apressa a sua seiva e permanece confiante durante as tempestades de primavera, sem temor de que o verão não possa vir depois. Ele vem apesar de tudo. Mas só chega para os pacientes, para os que estão ali como se a eternidade se encontrasse diante deles, com toda amplitude e a serenidade, sem preocupação alguma. Aprendo isso diariamente, aprendo em meios as dores as quais sou grato: a paciência é tudo!

Rainer Maria Rilke

O Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e seu Tratamento Medicamentoso: vivências de mães de crianças diagnosticadas

RESUMO

O número de crianças diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e medicadas com o metilfenidato aumenta cada vez mais e o rumo que essa situação vem tomando gera preocupação. Por um lado, existe uma visão dominante que privilegia a dimensão orgânica, segundo a qual o TDAH é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento; por outro, há pesquisadores que apresentam uma perspectiva crítica sobre o diagnóstico do TDAH e o aumento da prescrição do metilfenidato, o que encaminha e favorece discussões sobre a medicalização da vida e os possíveis reducionismos sobre o TDAH. Diante disso, alguns questionamentos mostraram-se pertinentes: como os pais (em especial, as mães) lidam com seus filhos ditos “hiperativos”? Como chegam à decisão de levá-los ao médico? Como recebem o diagnóstico do TDAH e a indicação medicamentosa? Tais questionamentos motivaram esta pesquisa que teve por objetivo compreender os sentidos do diagnóstico do TDAH e seu tratamento medicamentoso para mães que vivenciam essa realidade. Participaram do estudo sete mães de crianças que receberam o diagnóstico e a prescrição do metilfenidato para o tratamento do TDAH. Como recurso para a coleta de dados foi utilizada a entrevista e a análise se pautou pelo método fenomenológico, mediante a aglutinação dos variados aspectos dos relatos em unidades de significado. Também se utilizou o existencialismo de Sartre, como aporte teórico e filosófico, que possibilitou uma visão mais ampliada sobre o TDAH, para além da perspectiva orgânica, e ofereceu subsídios para a reflexão sobre as vivências de quem lida com esse diagnóstico. Os resultados apontaram que as vivências das mães pesquisadas se revestem dos seguintes aspectos: a percepção dos sinais preocupantes; a compreensão da escola; a compreensão dos profissionais da saúde; o tratamento medicamentoso e seus efeitos; a compreensão dela própria; e, o cuidado. A decisão de medicar apareceu para as mães quando estas deixaram de conceber as características de seus filhos como sinais preocupantes e passaram a enxergá-los por meio de um diagnóstico prévio dado pela escola e do diagnóstico realizado pelo médico. Os sentidos do diagnóstico do TDAH e do tratamento medicamentoso revelados pelas mães possibilitam novas discussões e ações coletivas, que não devem ficar restritas ao contexto familiar, mas estender-se à escola, aos médicos, aos psicólogos e outros profissionais, na intenção de romper com a concepção hegemônica do TDAH, a qual desconsidera o homem enquanto ser-no-mundo.

Palavras-Chaves: TDAH. Medicalização. Fenomenologia. Existencialismo.

Deficit Disorder Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Drug Treatment: mothers experiences of diagnosed children

ABSTRACT

The number of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and medicated with methylphenidate increases each time more and the way that this situation has taken it raises concerns. On the one hand, there is a prevailing view that emphasizes the organic dimension, according to which the ADHD is considered a disorder of neurodevelopmental; on the other hand, some researchers have a critical perspective on the diagnosis of ADHD and the increased prescription of methylphenidate, which guide and promotes discussions about medicalization of life and possible reductionisms on ADHD. Therefore, some questions became relevant: How parents (especially mothers) deal with their children said "hyperactive"? How come the decision to take them to the doctor? How they receive the diagnosis of ADHD and drug indication? Such questions led this research aimed to understand the meanings of diagnosis and drug treatment for mothers of children diagnosed with ADHD. The participants were seven mothers of children who were diagnosed and had the prescription of methylphenidate for the treatment of ADHD. As a resource for data collection was used the interview and the analysis was guided by the phenomenological method, by agglutination of various aspects of the reports in units of meaning. Also used the existentialism of Sartre, as theoretical and philosophical contribution, which enabled a broader view of ADHD, in addition to the organic perspective, and offered subsidies to reflect on the experiences of those who deal with this diagnosis. The results showed that the experiences of the surveyed mothers lining of the following: the perception of worrying signs; the school comprehension; the doctor comprehension; the drug treatment and its effects; comprehension of her own; and the care. The decision to medicate appeared to mothers when they left to design the characteristics of their children as worrying signs and came to see them through a previous diagnosis given by the school and the diagnosis made by the doctor. The senses of the ADHD diagnosis and medication treatment revealed by the mothers allow further discussions and collective actions, which should not be restricted to the family context, but extend to school, physicians, psychologists and other professionals, with the intention of breaking with the hegemonic conception of ADHD, which disregards the man as a being in the world.

Keywords: ADHD. Medicalization. Phenomenology. Existentialism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)....	18
1.1 O PERCURSO HISTÓRICO DO TDAH.....	18
1.2 CARACTERIZANDO O TDAH.....	20
1.3 OLHARES CRÍTICOS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO TDAH.....	27
1.4 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	30
2 CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA EXISTENCIAL DE J.P. SARTRE PARA A COMPREENSÃO DO TDAH.....	36
2.1 O HOMEM ENQUANTO SER-NO-MUNDO	36
2.2 COMPREENDENDO UM TRANSTORNO A PARTIR DO EXISTENCIALISMO ..	48
2.3 A ONTOLOGIA DO CORPO.....	50
3 O TRILHAR DA PESQUISA.....	59
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO	59
3.2 PROCEDIMENTOS	65
3.3 COLABORADORAS DA PESQUISA	66
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	67
4 AS VIVÊNCIAS DAS MÃES	68
4.1 A PERCEPÇÃO DOS SINAIS PREOCUPANTES.....	71
4.2 A COMPREENSÃO DA ESCOLA	74
4.3 A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	76
4.4 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E SEUS EFEITOS.....	79
4.5 A COMPREENSÃO DA MÃE	84
4.6 O CUIDADO	89
5 EM DIREÇÃO À COMPREENSÃO	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS	118

APÊNDICES 1-2.....	122-124
ANEXOS 1.....	125-128

INTRODUÇÃO

Certo dia, ao iniciar uma sessão de psicoterapia com uma paciente de seis anos de idade, estabeleci o seguinte diálogo: "Maria¹, hoje nós faremos uma atividade que preparei e depois, se der tempo, jogaremos algum jogo da sua escolha, ok?". Minha intenção era observar se, desta forma, ela conseguiria sistematizar seu trabalho, seu horário e se organizar, tendo em vista o diagnóstico médico que os pais informaram: *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*. No entanto, inesperadamente após minha fala, ela retruca com certo ar de deboche e crítica ao mesmo tempo: "Vânia, não conte com os ovos antes da galinha botar, pode dar uma reviravolta e os ovos podem quebrar!" Impressionada com a expressão que acabara de ouvir, questionei: "Com quem você aprendeu isso?". Calmamente ela explicou: "Minha avó sempre fala esta frase quando queremos prever o que acontecerá no futuro". Ainda impressionada, continuei ouvindo aquela criança, seus ensinamentos, experiências e ideias. Segundo ela, seu pai "não para quieto", trabalha e viaja muito, sem tempo para ficar em casa, ela nunca sabe quando vai encontrá-lo. Já sua mãe, também trabalha o dia todo, estuda no período da noite e, além disso, cuida das filhas. Este é o contexto familiar de Maria, o que realiza sua mediação com a sociedade e, também, um dos lugares onde ela constrói a sua história. Cada palavra que pronunciava, cada história que me contava, ajudava a entender seu mundo vivido e trazia um sentido para aquela situação (e, ao mesmo tempo, me fazia questionar a minha atuação).

Maria, uma típica garota hiperativa: fala demais, interrompe demais, derruba demais, incomoda demais... Não presta atenção, remexe seus pés e suas mãos, distrai-se com facilidade e nunca espera sua vez. As professoras dizem: "Esta menina precisa realmente do remédio". E eu penso: "Esta menina precisa de espaço para revelar seus aprendizados com a avó e toda família, espaço para criar plenamente sua existência, isto é, para poder Ser, espaço para ser cuidada e poder cuidar". Mas, de acordo com seus pais e suas professoras, "ela exige demais, pensa demais, fala demais". No entanto, Maria aprende nas suas relações, nas suas vivências, nas palavras ouvidas, no diálogo com a avó, com o pai, com a mãe e outros. Ela é uma criança atenta aos diálogos provenientes das relações que perpassam sua infância. Ela enxerga o movimento ao seu redor. Maria transborda. Mas, muitas vezes, sua existência é fechada e restrita a um diagnóstico: Maria tem TDAH.

¹ Nome fictício para uma criança real.

Assim como Maria, muitos outros chegam aos consultórios médicos e psicológicos com a mesma queixa. Nas escolas, o número de crianças agitadas, inquietas e desatentas parece aumentar progressivamente. De acordo com Freitas (2011), o número de crianças diagnosticadas TDAH e medicadas cresce a cada ano. A mídia também está direcionada a este tema e muitas reflexões são expostas em revistas, artigos de jornais, programas de televisão, não apenas nos especializados, mas nos meios de comunicação voltados para o público em geral, o que favorece a divulgação deste diagnóstico.

Nos dias de hoje, ao encontrar uma criança agitada, impulsiva, distraída, curiosa, inquieta, que fala sem pensar e quer fazer várias atividades ao mesmo tempo, logo vem o pensamento: “*Essa criança é hiperativa!*”. E, assim como fizeram com Maria, essa criança é fechada em um conceito ou em um diagnóstico, o que pode restringir as infinitas possibilidades que ela tem e que merecem ser exploradas. Muitas vezes, se esse diagnóstico for dado por um especialista da área médica, ao qual é repassado o poder de apresentar “verdades”, possivelmente ele prescreverá um tratamento medicamentoso e, enxergando certos comportamentos como um transtorno, inicia-se a uma busca constante por terapêuticas “curativas”.

Decorrente deste olhar, o número de crianças medicadas aumenta e a aceitação deste diagnóstico sem os devidos questionamentos e reflexões se fortalece, o que amplia o fenômeno da medicalização da sociedade. Eidt e Tuleski (2010) mencionam que o diagnóstico do TDAH parece estabelecer-se nas relações sociais pautadas no imediatismo, o que encaminha para a busca por tratamento dos sintomas e não para a compreensão de todas as questões que envolvem este diagnóstico. Esse transtorno é descrito como uma dificuldade do indivíduo em processar adequadamente os estímulos recebidos do meio. Mas será que isso não faz parte da maneira como se vive? Não será essa a forma de se relacionar com o mundo e de conhecê-lo nos dias de hoje? De acordo com Caliman (2008), o diagnóstico do TDAH é construído por e para atender “uma sociedade na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o autogestor atento, consciente, racional e prudente” (p. 565). Neste contexto, não há limites para as exigências de atenção e todo indivíduo, então, será um pouco desatento.

Assim, alguns questionamentos pareceram pertinentes: Por que diagnosticar e medicar a criança “inquieta e difícil” tornaram-se urgências na atualidade? É possível que essas manifestações nomeadas como “sintoma” ou “doença” revelem modos de ser da *família* e da sociedade atual? Esses questionamentos me enveredaram para os caminhos possíveis de compreender tal diagnóstico. No entanto, ao fazer um retrocesso em minha caminhada,

confesso que nem sempre imaginei ter o TDAH como tema de estudo, embora ele tenha feito parte, desde o princípio, do meu “ser psicóloga”.

Quando me formei em 2006 e decidi atuar na área clínica, meu primeiro paciente era um garoto de 08 anos de idade, diagnosticado com TDAH. A busca por uma compreensão desta criança me direcionou para o estudo deste diagnóstico e fez com que o meu trabalho de conclusão do curso de formação em “Psicoterapia fenomenológico-existencial”, abordasse tal assunto. A partir de então, este diagnóstico se fez presente em minha atuação profissional, seja nos encaminhamentos recebidos, seja nos estudos realizados.

Mais tarde, em 2014, ao ingressar no mestrado tinha como proposta compreender a valorização que os pacientes atribuíam à dimensão biológica do ser, sem reconhecer a gama de fatores – culturais, sociais, históricos, familiares, etc – que interferem na constituição do ser, na sua complexidade e totalidade. Muitos pacientes apontavam os sintomas físicos que possuíam – por exemplo: aperto no peito, excesso de peso, agitação e impulsividade, etc. – e vivenciavam o corpo como “o problema”, distanciando-se de uma compreensão mais íntegra e ampla do seu modo de ser-no-mundo, restringindo-se a um sintoma e/ou a um diagnóstico. E dentre estes diagnósticos permanecia o de TDAH.

Este transtorno era, desde 2006, um dos diagnósticos infantis mais comuns na minha atuação. A maioria das crianças encaminhadas à psicoterapia já chegava diagnosticada e recebia acompanhamento psiquiátrico, sendo medicada. Este fato muito me incomodava, pois parecia que pouco poderia ser feito – *O que o psicólogo poderia fazer?* Os pais estavam certos de que o problema da criança era sua inquietude e para explicar este estado, consideravam apenas seus movimentos corporais, como se a criança fosse constituída somente de corpo; um corpo que já estava sendo “tratado” com a devida medicação. Frente a isso, surgiram indagações acerca do olhar que os responsáveis por estas crianças têm sobre o diagnóstico deste transtorno e como, muitas vezes, é automático pensar indiscriminadamente que a criança agitada e impulsiva apresenta um transtorno e necessita de tratamento medicamentoso. Os pais geralmente relatavam as dificuldades comportamentais, mas pouco questionavam as relações estabelecidas e o modo de ser e agir desta criança no intricado dessas relações. Assim, começava a delimitar meu campo de ação: continuava intrigada com a supervalorização dos “sintomas”, dos sinais do corpo, mas restringia agora a um diagnóstico, o TDAH.

Mas este seria um tema interessante para uma pesquisa? Haveria nela um relevo social? Ao verificar que o consumo do medicamento metilfenidato (Ritalina), utilizado no

tratamento do TDAH, aumentou 75% em crianças e adolescentes com idade de 6 a 16 anos, no período entre 2009 e 2011, no Brasil²; e que de outubro de 2009 a outubro de 2013, a venda deste medicamento aumentou mais de 180%³, posso afirmar que sim, ou seja, há relevância em se pesquisar o assunto, a despeito daquilo que já se pesquisa. Essas informações sobre o aumento do diagnóstico e do correspondente tratamento revelam o possível excesso da medicalização no país, bem como contribuem para a identificação de possíveis distorções em relação ao uso desse medicamento e evidenciam a forma preferencial de enfrentamento do problema.

Outros dados importantes foram divulgados pelo Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ANVISA, 2014), o qual informou que “as evidências sobre a eficácia e segurança do tratamento com o metilfenidato em crianças e adolescentes, em geral, têm baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização” (p. 9), sendo que eventos adversos, tais como a supressão do apetite, aumento do estado de vigília e de euforia, insônia, cefaleia, dor de estômago e tonturas, são considerados comuns naqueles que utilizam esse medicamento. Desta forma, torna-se importante olhar com preocupação os caminhos escolhidos nos últimos anos com relação ao diagnóstico do TDAH e sobre os propósitos da medicação oferecida.

Além disso, ao realizar um levantamento sobre referências bibliográficas a respeito, verifiquei que a compreensão do TDAH enquanto um “transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade” (APA, 2013, p. 32), é a mais utilizada pela maioria dos estudos atuais e representa o discurso da legitimidade biológica e cerebral do transtorno. Autores como Barkley (2008), Benczik (2006) e Rohde e Mattos (2003), evidenciam os aspectos orgânicos do transtorno, confirmando esta definição do Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). Estes estudos estão direcionados ao diagnóstico e à identificação de um problema orgânico que deve ser tratado com o uso de medicação.

No entanto, constatei que há pesquisadores (Bonadio, 2013; Caliman, 2008; Collares & Moysés, 1994; Eidt & Tuleski, 2010; Freitas, 2011) que contestam de forma crítica a alta incidência do diagnóstico de TDAH e o uso de uma lógica descritiva e universal para delimitar tal problemática. Estes apresentam críticas ao discurso reducionista, no qual o sujeito é visto apenas como resultante de estímulos neurofisiológicos. Desta forma, verifica-se

² De acordo com os dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA], 2012.

³ De acordo com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015).

que o diagnóstico deste transtorno pode ser considerado polêmico, tendo em vista que não há apenas uma compreensão sobre ele.

As pesquisas sobre o TDAH vêm crescendo, mas há algumas lacunas a considerar. Oliveira (2012) realizou um estudo com o objetivo de exibir um panorama sobre a produção científica nacional no período de 2001 a 2012 sobre o TDAH. O autor constatou que o número de trabalhos acerca desta temática aumentou progressivamente nos últimos cinco anos e que o maior volume dos trabalhos publicados na área se concentra entre os anos de 2006 e 2010. Predominaram as pesquisas que estudam o TDAH na fase infantil do desenvolvimento, que representam 45% dos trabalhos publicados; seguido pelo público adolescente (17%) e pelo público adulto (15%). Os trabalhos sem público delimitado representam 14% do total, sendo que apenas 3% das publicações analisadas estavam voltadas aos professores e 6% às famílias de crianças diagnosticadas. Frente a estes dados, verifica-se a necessidade de ampliar os estudos sobre o TDAH voltados para a família e os professores. Considerando que são os pais, juntamente com os professores, as primeiras fontes de informação sobre as características “hiperativas” da criança, o relato de suas vivências e percepções são fundamentais no processo de avaliação e diagnóstico.

Diante da polêmica que os estudos trazem sobre o diagnóstico do TDAH e seu tratamento, diante da minha experiência profissional e ante a lacuna observada nos estudos desse transtorno, algumas perguntas me inquietavam e incomodavam: **Como os pais têm lidado com seus filhos ditos “hiperativos”? Como chegam à decisão de levar ao médico? Como recebem o diagnóstico do TDAH? E a indicação medicamentosa? Afinal, qual o sentido que este diagnóstico tem para eles?** Frente a estes questionamentos, desvelou-se o objetivo deste trabalho: investigar as vivências desses pais para que, a partir da análise compreensiva delas, fosse possível **compreender o sentido do diagnóstico do TDAH e do tratamento medicamentoso para eles.**

Entendo que além da responsabilidade dos pais, há uma escola que encaminha os alunos para tratamento; há médicos que, já em uma primeira consulta, receitam o medicamento; e há uma sociedade que confirma esse padrão de atenção a uma criança mais curiosa, mais agitada, mais “levada” como é costume defini-las. No entanto, por compreender que a criança é um ser em construção e representada, a princípio, pelas escolhas de seus pais, pois são eles os mediadores da criança com a sociedade, é possível concluir que, em regra, são eles os responsáveis pelo encaminhamento de seus filhos aos consultórios especializados, a fim de conseguir uma solução para os problemas. A experiência na área da psicologia clínica desvela esse desejo dos pais, sendo frequente a presença de discursos como: “Não

aguentamos mais, precisamos de uma resposta”; *“Ele precisa tomar remédio*”; *“Só com o remédio ele acalma”*. São estes pais que relatam ao médico (responsável por medicar) o comportamento da criança, pontuando as características que identificam tal transtorno; são eles os maiores responsáveis pelo cuidado de seus filhos e cabe a eles aceitar ou não os tratamentos medicamentosos considerados essenciais.

Conhecer os sentidos⁴ do diagnóstico do TDAH sob o ponto de vista dos pais de crianças medicadas pode lançar outras luzes e esclarecer mais aspectos desse que é um fenômeno preocupante na atualidade. Assim, o projeto de investigação foi se estruturando. A abordagem teórico-metodológica do estudo se fundamenta na fenomenologia e no existencialismo. O olhar fenomenológico exige que qualquer definição, determinação ou interpretação acerca do que está sendo investigado seja suspensa ou colocada “entre parênteses”, para que seja possível acompanhar o fenômeno no seu modo mais próprio de revelar-se.

Pelo prisma da fenomenologia é preciso se afastar da cristalização e/ou engessamento que os diagnósticos propiciam – neste caso, o TDAH. Busca-se questionar aquilo que se apresenta como natural, como pronto e acabado, se afastando daquilo que está posto irreflexivamente, voltando a atenção para as coisas mesmas. No caso desta pesquisa, procurou-se suspender o que está dado e apresentado sobre o TDAH a fim de apreender os sentidos que os pais das crianças diagnosticadas e medicadas atribuem ao diagnóstico e seus desdobramentos. Pela atitude fenomenológica de colocar em suspensão o conhecimento prévio para captar como o TDAH aparece aos pais, pode-se, num primeiro momento, descrever as articulações que sustentam os significados da manifestação do vivido, para depois, num segundo momento, discutir o vivido à luz da filosofia existencial de Sartre.

De acordo com este filósofo, o homem deve ser compreendido a partir de sua história e das relações que estabelece com a exterioridade, sendo que “o sujeito, como singularidade humana, está tecido no mundo e caracterizado por uma situação específica. Nela ele se movimenta, se constrói e produz a história, à luz de um projeto” (Maheire, 2002, p. 35). A partir desta perspectiva, busca-se compreender o homem enquanto um “eterno vir-a-ser”, ou seja, aquele que se move para o futuro e que o faz em direção àquilo que ainda pode realizar. Os pressupostos do existencialismo, como serão vistos neste estudo, estimulam o rompimento com o reducionismo sobre o homem, seu mundo e suas relações. Esse referencial possibilitou

⁴ Ao falar de sentido, refiro-me ao conhecimento imediato, intuitivo, lógico que tem o fenômeno a ser investigado, tal como considera Bicudo e Martins (1994).

uma visão mais ampliada sobre o TDAH e ofereceu subsídios para a reflexão sobre as vivências de quem lida cotidianamente com este diagnóstico.

O projeto do estudo foi devidamente aprovado no Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e com isso iniciou-se a busca por participantes, detalhada no capítulo que descreve o método e os procedimentos adotados. Apenas mães se disponibilizaram a serem colaboradoras da pesquisa e aceitaram ser entrevistadas. Por isso, a proposta inicial de investigar a vivência de pais (pai e mãe) terminou por recair somente em mães. Assim, foram entrevistadas sete mães de crianças com diagnóstico de TDAH e medicadas, da cidade de Maringá - PR, que aceitaram participar livremente da pesquisa.

A dissertação da pesquisa foi projetada em cinco capítulos. Os primeiros dois foram desenvolvidos a fim de oferecer subsídios para a posterior discussão da questão investigada. O primeiro capítulo, intitulado “*O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*”, apresenta a caracterização e o percurso histórico do TDAH; expõe o pensamento de alguns autores favorecendo um olhar crítico frente à compreensão hegemônica do TDAH e também apresenta dados sobre o tratamento medicamentoso indicado. O segundo capítulo, “*Contribuições da filosofia existencial de J. P. Sartre para a compreensão do diagnóstico do TDAH*”, apresenta o embasamento filosófico que auxiliará na compreensão do homem enquanto ser-no-mundo, favorecendo um olhar menos reducionista da criança diagnosticada, como também oferece um aporte teórico para refletir sobre as vivências das mães entrevistadas. O terceiro capítulo apresenta o “*Trilhar da pesquisa*” e evidencia os apontamentos sobre o método utilizado, as informações sobre os procedimentos, as colaboradoras de pesquisa e os caminhos percorridos para a realização da análise dos dados. O quarto capítulo, “*As vivências das mães*”, apresenta os resultados levantados junto às colaboradoras sobre suas vivências com o diagnóstico do TDAH e o tratamento medicamentoso de seus filhos. Os resultados são apresentados por meio de seis unidades de significado, assim denominadas: a percepção dos sinais preocupantes; a compreensão da escola; a compreensão dos profissionais da saúde; o tratamento medicamentoso e seus efeitos; a compreensão da mãe; e, por fim, o cuidado. No quinto capítulo, “*Em direção à compreensão*”, apresenta uma compreensão das vivências das mães de crianças diagnosticadas e medicadas em diálogo com a fundamentação teórica apresentada nos dois primeiros capítulos deste trabalho. E, por fim, vem as “*Considerações finais*”, apontando algumas conclusões, contribuições e limites da pesquisa realizada.

1 O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Realizar uma pesquisa sobre os sentidos do diagnóstico do TDAH para pais de crianças medicadas me encaminha para a busca de uma compreensão sobre esse transtorno, visando conhecer sua história, sua definição e os critérios diagnósticos adotados. Muitas pesquisas foram e estão sendo realizadas sobre este tema por diversos autores. Alguns, tais como Barkley (2002, 2008); Benczik (2006); e Rohde e Mattos (2003), evidenciam os aspectos orgânicos do transtorno, seguindo a lógica diagnóstica estabelecida pelo Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V). No entanto, ao realizar este estudo, diferentes discursos foram encontrados, os quais não enfatizam a objetividade orgânica do TDAH. Autores, tais como Bonadio (2013), Caliman (2008), Colares e Moyses (1994), Eidt e Tuleski (2010) e Freitas (2011) contestam criticamente a alta incidência do diagnóstico de TDAH, bem como o uso de uma lógica descritiva para delimitar tal problemática.

Neste capítulo, primeiramente será apresentado um breve percurso histórico do TDAH até chegar à definição atual do transtorno e aos critérios diagnósticos de acordo com DSM-V. Serão apresentados autores que evidenciam que os fatores biológicos estão intimamente relacionados ao TDAH; e após isso, apontaremos outra possibilidade de olhar o diagnóstico do TDAH, compreendendo as críticas ao determinismo e ao reducionismo biológico como explicações para o diagnóstico deste transtorno. Além disso, serão apresentadas informações sobre o tratamento medicamentoso com o metilfenidato.

1.1 O PERCURSO HISTÓRICO DO TDAH

De acordo com Caliman (2009), o diagnóstico do TDAH foi reconhecido oficialmente ao ser incluído no quarto volume do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV), publicado em 1994. Neste momento, este transtorno “foi legitimado, popularizado, universalizado” (p. 138). No entanto, até receber este reconhecimento, houve uma grande variação ao longo do século XX, dos conceitos e dos critérios utilizados para identificar tal transtorno.

O TDAH já foi conhecido por vários nomes, tais como: encefalite letárgica, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, hipercinesia, doença do déficit de atenção e, enfim, o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. Essas categorias de doença apresentavam conjuntos de sintomas semelhantes que descreviam características consideradas desvios da infância (Brzozowski & Caponi, 2009; Caliman, 2010). Ao longo da história

médica, a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção sempre estiveram presentes na definição deste transtorno, no entanto, revezaram entre si o lugar de maior importância (Caliman, 2010).

As primeiras descrições médicas sobre a criança hiperativa apareceram na primeira metade do século XX, e, a partir de então, ela foi recebendo diferentes nomeações. O transtorno foi descrito pela primeira vez pelo médico George Still, em 1902, o qual defendia a existência biológica do transtorno, resultado de um defeito da função inibitória da vontade (Caliman, 2010). Still realizou um estudo com 43 casos de crianças com problemas de atenção e identificou que a maioria das crianças apresentava excesso de atividade, muitas eram impetuosas, agressivas ou desafiadoras, demonstravam pouca “volição inibitória” do próprio comportamento, desonestidade e pouca sensibilidade a punições. Para este pesquisador, essas crianças apresentavam “defeito na conduta moral”, o qual poderia ser decorrente de uma doença cerebral aguda, com possibilidade de cura após tratamento (Barkley, 2008).

Outro estudo sobre comportamentos desatentos e hiperativos foi realizado por Holman, entre 1917 e 1918. De acordo com o autor, depois de um surto de encefalite, os profissionais da saúde observaram que algumas crianças após a recuperação da doença, passaram a apresentar comportamentos inquietos, hiperativos e desatentos, os quais existiam antes do quadro de encefalite. Frente a essas observações, cogitou-se que esses comportamentos resultavam de um prejuízo cerebral motivado pela doença (Benzik, 2006).

Nos anos 1940, surgiu a designação “lesão cerebral mínima”, a qual era caracterizada por transtornos de comportamento, de linguagem e de aprendizado associados a uma causa orgânica imprecisa. Na década de 1960, foi modificada para “disfunção cerebral mínima”, pois não era possível comprovar empiricamente a existência de uma lesão no cérebro. Aos poucos, a hipótese da existência de uma lesão cerebral mínima foi substituída pela presença de um déficit neurofisiológico (Caliman, 2010; Legnani & Almeida, 2008).

Nas décadas de 60 e 70 este transtorno foi amplamente analisado e estudado, sendo um importante tema no cenário educacional e médico da época. Para os moldes da psiquiatria daquele momento, este transtorno trazia problemas, pois seu diagnóstico era impreciso e considerado extremamente subjetivo. Para tanto, era preciso construir uma nova categoria diagnóstica mais objetiva. No final dos anos 70, a ênfase diagnóstica concentrou-se no sintoma da desatenção, ao invés de focalizar a hiperatividade. Mesmo com o auxílio das tecnologias visuais, a análise do transtorno do movimento não se adequava às exigências da

psiquiatria. E, mais uma vez, o critério diagnóstico foi ampliado: podia ocorrer com ou sem o elemento hiperativo (Caliman, 2008).

A partir da segunda metade do século XX, nos Estados Unidos, a nova ciência psiquiátrica vivenciava o processo de biologização das doenças mentais vinculado às descobertas psicofarmacológicas, o desenvolvimento do campo neurocientífico e de suas tecnologias de imagem cerebral, o crescimento da pesquisa epidemiológica baseada nos estudos populacionais dos riscos individuais, o advento da tecnologia genética, biofísica e bioquímica. Esses eventos tiveram um forte impacto na pesquisa e na clínica psiquiátrica, influenciando seus modos de investigar, descrever e tratar a patologia mental. O DSM-III, publicado no ano de 1980, materializou o estilo de pensamento psiquiátrico descrito acima. Neste manual, o diagnóstico da Desordem do Déficit de Atenção surgiu como categoria psiquiátrica e foi redefinido como uma desordem de atenção. A psiquiatria começava a assumir sua forma mais biológica (Caliman, 2009).

Em 1990, mudou novamente e o transtorno foi compreendido como um defeito da inibição e da capacidade de autocontrole que afeta o desenvolvimento das funções cerebrais. Os mecanismos cerebrais e causais do transtorno passaram a ser o ponto central desta compreensão. Segundo Caliman (2009), *Russell Barkley* passou a ser uma das autoridades mais importantes no assunto no debate internacional clínico e político sobre o TDAH. Por meio de suas análises, a investigação genética, o estudo neuroquímico dos sistemas neurotransmissores e a análise do sistema inibitório cerebral foram integrados à pesquisa do transtorno.

Assim, chega-se ao diagnóstico do TDAH, tal como é descrito pelo discurso neurobiológico atual, reconhecido oficialmente a partir do DSM-IV. A partir de então, utiliza-se como critério para a realização do diagnóstico os sintomas de desatenção e os de hiperatividade/impulsividade.

1.2 CARACTERIZANDO O TDAH

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), caracteriza um “transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade” (APA, 2013, p. 32). A *desatenção* manifesta-se como a incapacidade de permanecer em uma tarefa, dificuldade de manter o foco e desorganização. Já a *hiperatividade* refere-se à atividade motora excessiva quando não é apropriado, inquietação,

incapacidade de permanecer sentado, conversar em excesso; e a *impulsividade* refere-se às ações precipitadas que ocorrem sem premeditação e podem causar dano à pessoa. Este comportamento impulsivo pode ser reflexo da incapacidade de esperar alguma gratificação e pode fazer com que a pessoa tome decisões importantes sem refletir nas consequências em longo prazo (APA, 2013).

De acordo com o DSM-V (APA, 2013), cinco critérios são necessários para a realização do diagnóstico do TDAH. O primeiro (critério A) é a presença de um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento da criança. Este manual apresenta uma lista de dezoito sintomas, conforme caracterizado no Quadro 1, sendo nove de desatenção e nove de hiperatividade-impulsividade.

Quadro 1**Lista de sintomas de Desatenção e Hiperatividade-Impulsividade****Desatenção**

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades.
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente.
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho.
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades.
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.
- i. Com frequência é esquecido em relação à atividades cotidianas.

Hiperatividade-Impulsividade

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado.
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado”.
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída.
- h. Frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez.
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete.

É necessário que seis ou mais sintomas de desatenção e/ou seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade estejam presentes por pelo menos seis meses em um grau incompatível com o nível de desenvolvimento e influenciem negativamente as atividades sociais, acadêmicas/profissionais. Para pessoas com 17 anos ou mais, são necessários pelo menos cinco sintomas.

O segundo critério para o diagnóstico (critério B) determina a idade de início dos sintomas. É necessário que vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade se façam presentes antes dos 12 anos. O terceiro (critério C) revela a necessidade de haver comprometimento em pelo menos duas áreas diferentes (por exemplo: em casa, na escola, no trabalho; com os amigos ou parentes; em outras atividades). O quarto critério (critério D) mostra a necessidade de haver evidências claras de que os sintomas comprometam ou reduzam a qualidade da vida acadêmica, social ou profissional. E o último (critério E) evidencia que os sintomas não ocorrem exclusivamente durante um quadro de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (ansiedade e depressão, por exemplo).

Esses critérios do DSM-V são utilizados como pontos norteadores no diagnóstico do TDAH, servindo de parâmetro para a definição do quadro e da medicação. Quase não há diferenças nos critérios diagnósticos dessa versão em relação à anterior (DSM-IV), sendo que as principais mudanças foram em relação ao número de sintomas necessários para realizar o diagnóstico em adultos, o qual passou para cinco; ao limite de idade de início dos sintomas foi modificado para doze anos (anteriormente era sete); aos subtipos do transtorno, que foram retirados do manual; e, a classificação do TDAH em Leve, Moderado e Grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo (Mattos, 2013).

Na mesma direção que os DSM-IV, Barkley (2002) menciona que o TDAH é um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade. O autor considera que esses problemas podem prejudicar a capacidade de autocontrole, de planejamento e de execução de ações orientadas por objetivos futuros e, segundo ele, “não se trata apenas de um estado temporário que será superado, de uma fase probatória, porém normal, da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de ‘maldade’ da criança” (p. 35).

De acordo com Barkley (2002), o TDAH evolui com o crescimento da criança, sendo este um dos aspectos do transtorno que mais incomoda os pais. Ele afirma que “até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de TDAH continuarão a ter a doença na adolescência, e entre 30 e 65% continuarão a apresentá-lo na vida adulta, dependendo de como o transtorno é definido em cada caso particular” (p.105).

Afirma ainda que as crianças com TDAH parecem “normais”, pois “não há nenhum sinal exterior de que algo esteja fisicamente errado com o sistema nervoso central ou com seu cérebro” (Barkley, 2002, p. 35). Mas, mesmo assim, o autor acredita que a movimentação

constante e outros comportamentos da criança hiperativa sejam provocados por uma imperfeição no cérebro e defende que existem muitos transtornos legítimos, sobre os quais não existe evidência de danos cerebrais ou doença, sendo que o TDAH é um deles. De acordo com suas palavras:

Muitos transtornos emergem devido a problemas na forma como o cérebro se desenvolve ou na forma como ele funciona no nível das células nervosas. Alguns são transtornos genéticos, nos quais as condições surgem de erro no desenvolvimento, em vez de um processo destrutivo ou de um organismo invasor. O fato de não sabermos ainda as causas precisas de muitos desses transtornos no nível das moléculas cerebrais não significa que eles não sejam legítimos. Um transtorno,... é definido como uma “disfunção prejudicial”, e não pela existência de causas patológicas (Barkley, 2002, p. 37).

O autor menciona também que a evidência do TDAH se estrutura como um transtorno no desenvolvimento do cérebro ou em seu funcionamento cuja origem é a genética. Embora a maioria dos casos pareça emergir de tais efeitos genéticos e de problemas com o desenvolvimento e funcionamento do cérebro, o transtorno também pode surgir de danos diretos ou de doenças cerebrais. Como exemplo, o autor relata que crianças vítimas de traumas significativos na parte frontal do cérebro são mais propensas a desenvolver, como consequência, sintomas do TDAH (Barkley, 2002).

Rohde e Mattos (2003) também contribuem para esta compreensão, afirmando que o TDAH é considerado como um transtorno do desenvolvimento que acomete as funções executivas (atributos do córtex pré-frontal e suas conexões) responsáveis pela manutenção da atenção, planejamento, controle motor e de impulsos, modulação do afeto e monitorização do próprio comportamento. As funções executivas compreendem os processos responsáveis por focalizar, regular, gerenciar e integrar todas as funções cognitivas, emoções e comportamentos, visando tanto à realização de tarefas como a solução ativa de problemas novos.

Rohde e Mattos (2003) e Benczik (2006) mencionam que nas duas últimas décadas, as pesquisas sobre a etiologia do TDAH aumentou significativamente. No entanto, as causas deste transtorno ainda permanecem desconhecidas. Pesquisas apontam que embora a contribuição genética seja essencial para o surgimento e evolução do TDAH, não há um único gene causador do transtorno, mas sim um conjunto de genes de pequeno efeito que interagem entre si, aos quais se somariam as interferências dos fatores ambientais. Vale ressaltar que de acordo com a maioria dos estudos, a presença dos fatores externos apenas evidencia uma

associação desses fatores com o TDAH, mas não estabelece uma relação de causa e efeito entre eles.

De acordo com Benzik (2006), estudos com pessoas que tiveram traumatismo ou doenças na região frontal do cérebro e que passaram a apresentar sintomas semelhantes com os do TDAH indicam a possibilidade de haver um comprometimento nesta área específica do cérebro. O que parece estar alterado é o funcionamento de um sistema de neurotransmissores, em especial, a dopamina e a noradrenalina, os quais repassam informações entre as diversas áreas do cérebro. No entanto, conforme esclarecem Barkley (2002) e Benzik (2006), a ideia de que o TDAH seja causado pela quantidade reduzida de um ou mais neurotransmissores não pode ser considerada conclusiva, pois não foi comprovada definitivamente.

Estes posicionamentos dos autores citados (Barkley, 2002, 2008; Benzik, 2006; Rohde & Mattos, 2003) evidenciam que os fatores biológicos estão intimamente relacionados ao TDAH e que a contribuição genética é significativa nas “anormalidades” no desenvolvimento cerebral, maior que a contribuição dos agentes ambientais ou fatores sociais. Embora considerem a influência desses fatores, destacam o componente biológico, característica da visão organicista e hegemônica. Esta visão favorece a compreensão de que os fatores orgânicos “determinam” a existência do TDAH e o modo de ser da criança. O ambiente externo, o mundo em que a criança se encontra inserida, interferem em pequena proporção na constituição de um modo de ser. É constante nos trabalhos de Barkley (2002, 2008) a presença da afirmação de que o TDAH não ocorre em decorrência de fatores puramente sociais, como a criação infantil, os conflitos familiares, o apego infantil inseguro, o ritmo de vida moderna ou a interação com outras crianças.

Neste ponto, torna-se importante mencionar que, de acordo com o DSM-V (APA, 2013), não existe um marcador biológico que esteja relacionado ao TDAH. Segundo Caliman (2008), apesar dos avanços dos métodos de visualização cerebral, ainda não existe nenhum teste ou exame específico para a identificação do TDAH. O diagnóstico continua sendo realizado por meio de um processo que inclui testes psicológicos, história clínica, análise do desempenho escolar e entrevistas com pais e professores.

Exames como Eletroencefalograma são comumente solicitados pelos neurologistas durante a avaliação diagnóstica, entretanto não contribuem para a elucidação do diagnóstico de TDAH, assim como os estudos de ressonância magnética (Cypel, 2007, citado por Bonadio, 2013). Ortega et al. (2010) também evidenciam em suas publicações, reportagens e artigos científicos, a inconsistência das pesquisas e dos dados divulgados, referentes a neuroimagem, como exame utilizado para compor o diagnóstico.

Legnani (2012) esclarece que a avaliação neurológica realizada por meio de exames, tem como objetivo excluir outras patologias orgânicas, sendo necessário não descartar a possibilidade de qualquer alteração disfuncional objetiva. No entanto, o procedimento inicial para a avaliação diagnóstica é uma coleta de informações feita junto aos adultos que convivem com a criança (pais e/ou professores), os quais descreverão as ações dela.

Concordando com estes princípios, Graeff e Vaz (2008) também esclarece que o diagnóstico do TDAH precisa ser realizado através de uma investigação clínica da história do paciente. Além de verificar a presença ou ausência do transtorno, essa avaliação tem como objetivo investigar as condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se delinear um plano de intervenção adequado para tratamento. Nesse sentido, é importante que o clínico tenha uma visão ampla do paciente, não restringindo a avaliação a um modelo sintomático, na qual se possa avaliar o prejuízo que os sintomas provocam na vida do sujeito, com apoio nos critérios definidos no manual diagnóstico.

Barkley (2008) e Benczik (2006), citados anteriormente, mencionam que o tratamento não deve se limitar à terapia farmacológica, sendo necessário, em alguns casos, propor terapia cognitivo-comportamental, ocupacional e apoio escolar. No entanto, mesmo reconhecendo a necessidade de associar medicamento à outra terapia, Barkley (2008) afirma que o medicamento é o único tratamento que oferece melhoras significativas aos sintomas de TDAH e que a melhora dos sintomas, após o uso do medicamento, é considerada superior à alcançada por terapias psicossociais, pelo menos no período de quatorze meses.

Partindo da compreensão dos autores Barkley (2002, 2008), Benczik (2006) e Rohde e Mattos (2003), verifica-se que o TDAH é apreendido como um fenômeno natural, genético, explicado por disfunções na região frontal do cérebro, o que provoca comportamentos inadequados. Embora considerem a influência dos fatores ambientais, destacam o componente biológico, ou seja, a carga hereditária do TDAH, característica própria da visão organicista e hegemônica. Nesse sentido, o comportamento inquieto, o corpo que não para, a desatenção e a não obediência podem indicar um transtorno, o qual precisa ser tratado e localizado em uma região do cérebro.

Após identificar e apresentar esta compreensão sobre TDAH, a fim de ampliar as discussões acerca do diagnóstico deste transtorno, visando apreendê-lo em sua totalidade e fugindo das limitações impostas pela visão que prioriza o biológico, serão apresentadas opiniões diferentes do discurso organicista, as quais também fazem parte da compreensão deste transtorno.

1.3 OLHARES CRÍTICOS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO TDAH

De acordo com Caliman (2009), o diagnóstico do TDAH, além de ser um dos diagnósticos psiquiátricos mais estudados no campo neuropsiquiátrico, pode ser considerado também um dos mais controversos de nossos tempos. O processo de constituição social e científica deste transtorno não se resume à sua natureza real e biológica. Este processo, segundo seu parecer

é formado por outras questões de caráter político, ético, econômico e moral que dialogam com as exigências da economia da atenção atual. O diagnóstico do TDAH nasceu, se desenvolveu e se fortaleceu no cerne de uma economia na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o autogestor atento, consciente, racional e prudente. Nesta economia, não há limites para as exigências de atenção. E, na busca pela sua maximização, todo indivíduo será um pouco desatento (Caliman, 2009, p. 143).

Nesta perspectiva crítica, alguns autores (Bonadio, 2013; Caliman, 2008; Collares & Moysés, 1994; Eidt & Tuleski, 2010; Freitas, 2011) problematizam a difusão do discurso do TDAH na sociedade atual que desconsidera as mudanças culturais nos modos de organização social na construção do diagnóstico e a medicalização de possíveis problemas de comportamento. Estas críticas evidenciam uma tensão entre os discursos biológico e social/cultural.

Para Gordon e Keiser (1998, citados por Caliman, 2008), a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade que caracterizam o TDAH são, em menor grau, aspectos comuns da natureza humana. Todo indivíduo é, em algum momento, um pouco desatento, impulsivo, desorganizado, e nem sempre finaliza as tarefas almeçadas, especialmente quando se trata de uma criança de seis ou sete anos de idade.

Segundo Collares e Moysés (1994), a visão que defende a existência do TDAH como uma alteração neurológica, localizada no sujeito, não considera as condições nas quais as manifestações, entendidas como sintomas, são produzidas, e remete às discussões sobre a medicalização da vida. As autoras afirmam que é preciso tirar o foco da perspectiva individualizante que sustenta a compreensão do TDAH e entrar no campo da reflexão crítica sobre valores, para compreender o processo de medicalização da vida cotidiana que insiste em transformar questões de ordem social e política em questões médicas. À medida que essas proposições do campo médico são divulgadas nas sociedades científicas, elas vão adquirindo o caráter de verdade que nunca se comprovou (Collares & Moysés, 1994). Para estas autoras, a medicalização

ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. Daí as questões medicalizadas serem apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo (Collares & Moysés, 1994, p. 25).

De acordo com Conrad (2007, citado por Collares & Moysés, 2014), a medicalização visa “definir o problema em termos médicos, descrever usando linguagem médica, difundir o ideário de entendimento baseado em modelos médicos, ‘tratar’ com intervenção médica, psicológica, fonoaudiológica ou de outra forma” (p. 26). Este ideário dissemina e se infiltra com facilidade nos modos de pensar a vida cotidiana e faz com que os fatos ou os detalhes de uma situação não sejam conhecidos. Assim, a medicalização

cumprir uma tarefa fundamental para a manutenção de tudo que já está posto no mundo dos homens. Ao se biologizar um problema, transformando-o em algo “natural, inevitável”, isentam-se todas as instâncias nele envolvidas. A sociedade, com suas desigualdades, os governantes e suas opções, tudo é escamoteado pelo fato de que existem defeitos que incidem como se fosse de maneira aleatória, sem determinação social. Um ideário perfeito para que tudo permaneça como está (Moysés & Collares, 2007, p. 166).

A partir disso, se constrói uma base para se enraizar a maior parte dos preconceitos, os quais justificarão a desigualdade, deslocando sua causa para fatores individuais. Aquilo que não funciona como deveria funcionar é transformado em doença e o ser humano é visto quase como um corpo biológico apenas. No entanto, contrapondo essa compreensão, as autoras mencionam que o processo saúde-doença é apreendido como resultante da inserção social das pessoas, da qualidade ou falta de qualidade de suas vidas (Moysés & Collares, 2007).

Barros (2002) ao realizar uma análise crítica sobre o fenômeno da medicalização, afirma que este é consequência da hegemonia do modelo biomédico e contextualiza-o na sociedade de consumo, sob a lógica de mercado. O modelo biomédico estimula os médicos a aderirem a um distanciamento objetivo do paciente e intensifica a divisão do indivíduo em “pedaços”, o que dificulta a valorização do todo. Por mais que alguns profissionais queiram visualizar o paciente como um todo e situá-lo em seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo apresentado na formação médica recebida. Segundo este autor, por detrás da ideologia que prega a resolução dos problemas está uma classe hegemônica que explora a relação entre produção e consumo, oferecendo serviços e

bens médicos-assistenciais, estimulando cada vez mais o consumo dos mesmos. Esse consumismo na sociedade atual, especificamente na indústria da saúde, faz com que esta se transforme em mercadoria que visa produzir lucros.

Eidt e Tuleski (2010) também colaboram com uma perspectiva crítica em relação ao TDAH ao enfatizarem que este transtorno é um fenômeno complexo e não se resume apenas em aspectos individuais ou genéticos. Este fato exige que se tenha uma leitura cuidadosa sobre este transtorno, pois não há um consenso científico em relação à sua etiologia, existindo ainda dúvidas que devem ser respondidas por meio de pesquisas que considerem os aspectos sociais e culturais deste diagnóstico. Para as autoras, ao conceber que os indivíduos estão atrelados à características comuns de cada época histórica, compreende-se que os transtornos mentais e de comportamento, entre eles o TDAH, precisam ser analisados em suas múltiplas determinações.

As autoras alertam que no contexto escolar a hiperatividade e/ou o déficit de atenção apresenta-se como justificativa frequente para o fracasso escolar de muitas crianças, sendo atribuída a elas a responsabilidade por não aprender, tirando de foco a escola e a sociedade nas quais estão inseridas. De acordo com a perspectiva teórica adotada, os possíveis transtornos de aprendizagem e/ou de desenvolvimento não são compreendidos como fenômenos naturais e orgânicos, sobre os quais pais e educadores não podem intervir. As funções psicológicas superiores, das quais fazem parte a atenção e o controle voluntário do comportamento, dependem fundamentalmente da apropriação dos signos da cultura, possibilitada pela constante mediação de outros homens (Eidt & Tuleski, 2010).

A ênfase nos aspectos orgânicos como justificativa para o não aprender, segundo Eidt e Tuleski (2010), tem sua origem na perspectiva individualista e se fortaleceu com o neoliberalismo. A disseminação cada vez maior do uso do medicamento em crianças com TDAH indica o predomínio da concepção idealista, naturalizante e biologizante de compreender o psiquismo humano. Direcionar o tratamento às manifestações individuais, supondo ser a disfunção do cérebro responsável por todo o comportamento indesejado, torna-se perigoso, pois retira-se a historicidade do desenvolvimento psíquico do homem e limita as funções psicológicas superiores ao amadurecimento orgânico, o que torna inevitável o uso de medicamentos.

Bonadio (2013) também apresenta reflexões sobre o excesso de medicalização de crianças e menciona que esse fenômeno não favorece uma análise crítica da qualidade das escolas, da formação dos professores, da precariedade das políticas educacionais, o que faz com que a criança seja a única responsável pelo fracasso, que é voltado principalmente para o

orgânico. Segundo a autora, as concepções psicologizantes e medicalizantes reduzem os impactos sociais da educação, tendo em vista sua precariedade, o baixo investimento, a deficiência na formação dos professores, o papel dos pais e as políticas neoliberais que promovem a ênfase no indivíduo e, conseqüentemente, enfraquece o papel da escola como promotora do desenvolvimento humano.

De acordo com Freitas (2011), a valorização do fenômeno hiperatividade centrada no aspecto biológico e cerebral na constituição do sujeito, descarta a ideia de que esse fenômeno é produzido na relação entre as pessoas. A produção da desatenção é de responsabilidade não só da criança, mas daqueles envolvidos com ela (no contexto social e escolar). Apesar desta tendência de valorizar a dimensão biológica, é possível identificar uma soma de fatores que interferem na constituição do ser, na sua complexidade e totalidade. A cultura da medicalização reconhece sinais e sintomas do corpo para diagnosticar e curar, sem considerar a singularidade do sujeito inserido em um contexto. Assim, os diagnósticos psiquiátricos tendem a estabelecer bases biológicas objetivas para as mais diversas questões da existência humana.

Frente ao posicionamento dos autores mencionados, os quais contestam de forma crítica o discurso reducionista, no qual o sujeito é visto apenas como resultante de estímulos neurofisiológicos, pode-se dizer que são muitos os aspectos que fazem com que o diagnóstico do TDAH seja descrito como uma polêmica, principalmente frente ao elevado número de diagnósticos e a disseminação das prescrições de estimulantes. Para tanto, no próximo tópico, serão apresentadas informações sobre o tratamento medicamentoso subsequente ao diagnóstico.

1.4 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Na grande maioria dos casos, o tratamento do TDAH envolve a administração do metilfenidato, conhecido comercialmente por Ritalina, do grupo das anfetaminas, que atua como um estimulante do sistema nervoso central potencializando as funções executivas, aumentando a concentração e diminuindo a fadiga (Santos et al., 2012). Atualmente, encontra-se disponível no mercado em apresentações de liberação imediata, cujo efeito é de curta duração, ou de liberação prolongada, que se mantém durante mais tempo no organismo (Caliman & Domitrovic, 2013; Novartis, 2015).

Caliman e Domitrovic (2013) apresentaram dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2011, os quais revelaram que o consumo e a produção deste

psicoestimulante vêm aumentando mundialmente de forma significativa desde 1990. Nesta época, o volume total produzido mundialmente foi de 2,8 toneladas. Após dez anos, em 2000, a produção multiplicou por sete, chegando a 16 toneladas. Em 2010, a estatística atingiu a marca de 43 toneladas. A ONU apontou o metilfenidato como o psicoestimulante mais utilizado no mundo. Enquanto em 2001, a produção de metilfenidato foi responsável por 22,5% do volume total de estimulantes fabricados, em 2010, subiu para 56%.

Em 2012, a ANVISA divulgou um boletim voltado exclusivamente à questão do metilfenidato, apresentando uma caracterização descritiva da prescrição e do consumo de metilfenidato no Brasil, nos anos de 2009 a 2011, a partir de dados registrados no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Após análise crítica dos resultados verificou-se que em 2009, foram vendidas 156.623.848 miligramas (mg) do medicamento; e em 2011, foram vendidas 413.383.916 mg do produto. O boletim aponta ainda que, em 2011, foram comercializadas 1.212.850 caixas do referido medicamento nas farmácias e drogarias do país. Esse número representa uma alta de 28,2 % em relação a 2009.

De acordo com estes dados, o consumo do medicamento metilfenidato aumentou 75% em crianças com idade de 6 a 16 anos, entre 2009 e 2011, no Brasil. Um dado interessante é que o consumo do metilfenidato apresenta um comportamento aparentemente variável, isto é, há uma redução do consumo nos meses de férias e um aumento no segundo semestre do ano. O gasto estimado das famílias brasileiras com o produto, em 2011, foi de R\$ 28,5 milhões. Esse montante significa um valor de R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre 6 e 16 anos.

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015)⁵, por meio da Lei de Acesso à Informação, solicitou os dados do SNGPC de outubro de 2007 à setembro de 2014; por meio da análise destes dados, constatou-se que a Ritalina registrou venda de 58.719 caixas em Outubro de 2009 e 108.609 caixas em Outubro de 2013, o que representa um aumento de mais de 180% em 4 anos. Neste mesmo período, o número de vendas de outros produtos similares para o tratamento do TDAH também aumentou.

Frente a estes apontamentos, como alertou a ANVISA a partir do boletim SPNCP, é preciso questionar se o uso do metilfenidato está sendo feito de forma segura (isto é, para as indicações aprovadas no registro do medicamento e para os pacientes corretos, na dosagem e períodos adequados). O uso deste medicamento tem sido muito difundido nos últimos anos de

⁵ O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é movimento social criado em 2010 com o objetivo de questionar o crescente aumento dos diagnósticos, como o TDAH. Esses diagnósticos são uma das formas de expressão do fenômeno da medicalização da educação e da sociedade.

forma muitas vezes equivocada, sendo utilizado como “droga da obediência” e como instrumento de melhoria do desempenho seja de crianças, adolescentes ou adultos.

Em países como os Estados Unidos, este remédio tem sido utilizado entre adolescentes para melhorar o desempenho escolar e para moldar as crianças. No entanto, segundo alerta da entidade, o medicamento deve funcionar como um adjuvante no estabelecimento do equilíbrio comportamental do indivíduo, aliado a outras medidas, como educacionais, sociais e psicológicas. Frente a estas constatações, recomenda-se que seja ofertada uma educação pública para diferentes segmentos da sociedade sem discursos morais e sem atitudes punitivas, com a finalidade de contribuir com o desenvolvimento e a demonstração de alternativas práticas ao uso de medicamentos (ANVISA, 2012).

Ortega et al. (2010) realizaram uma pesquisa sobre as representações sociais da ritalina no Brasil entre 1998 e 2008, período em que houve um aumento considerável do uso da medicação e sua expansão para outros fins além dos terapêuticos. Frente aos resultados parciais, os autores destacaram a relação do medicamento com a construção do diagnóstico TDAH. A associação do metilfenidato ao tratamento deste transtorno foi constatada na análise das publicações científicas e confirmada pelo seu modo de difusão na mídia. A análise dos artigos mostra que estes defendem a hipótese de que o diagnóstico TDAH é confirmado por responder bem ao efeito terapêutico da medicação. A divulgação das pesquisas na mídia tem ocupado um papel fundamental na propagação das informações sobre o transtorno e no crescimento da demanda por seu tratamento, o que favorece a criação de condições sociais que aumenta a extensão da população que pode ser incluída no diagnóstico e necessite da medicação. Para os autores, o uso do medicamento vem contribuindo para a produção do indivíduo desatento e hiperativo e a disseminação do uso da medicação altera os estados de atenção e concentração, melhorando essas funções e criando novos padrões de normalidade dessa função cognitiva.

De acordo com Bonadio (2013), a bula alerta que no homem o mecanismo de ação do referido remédio ainda não foi completamente esclarecido, mas há hipóteses que indicam a ativação do sistema de excitação do córtex e do tronco cerebral. Os efeitos psíquicos e comportamentais produzidos nas crianças também não foram decisivamente concluídos, assim como os efeitos no sistema nervoso central. Entretanto, observa-se que o uso indiscriminado de medicamentos estimulantes se faz cada vez mais frequente, como apontam os dados anteriormente apresentados.

Ao se buscar informações sobre o medicamento na própria bula, verificou-se que na edição de 2013, aparecia a seguinte informação:

Os dados de segurança e eficácia a longo prazo sobre o uso de Ritalina não são completamente conhecidos. Consequentemente, os pacientes que necessitam de terapia a longo prazo devem ser cuidadosamente monitorados e submetidos, periodicamente, à contagem completa e diferencial de células sanguíneas e de plaquetas. É necessária supervisão cuidadosa durante a retirada do fármaco, uma vez que isso pode precipitar depressão, assim como consequências de hiperatividade crônica (Novartis, 2013).

Ou seja, de acordo com a bula de 2013, os fatores envolvidos na ação do medicamento sobre o sistema nervoso central ainda não eram totalmente conhecidos. No entanto, esta informação não aparece na bula atual (2015). Mas, ao mesmo tempo, não se descreve nada mais sobre os dados de segurança e eficácia a longo prazo. A bula apenas informa que deve haver monitoramento durante o tratamento com Ritalina para verificar se o seu uso está associado a qualquer efeito indesejado, para acompanhar o crescimento de crianças que utilizam tal medicação e para monitorar a quantidade de células sanguíneas (glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas) caso o paciente tome a medicação por um longo período (Novartis, 2015, p. 2).

Sabemos que assim como outros medicamentos, a Ritalina pode causar alguns efeitos indesejáveis, embora nem todas as pessoas os apresentem. Estes efeitos são, normalmente, leves a moderados e, geralmente, transitórios. Sendo uma droga que atua no sistema nervoso central, a lista dos efeitos colaterais é grande e pode afetar o corpo inteiro. Algumas reações adversas são “*muito comuns*”, como está descrito na bula, e ocorrem em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento, sendo elas: dor de garganta e coriza, diminuição do apetite, nervosismo, dificuldade em adormecer, náusea, boca seca. Outras reações são consideradas “*comuns*”, pois ocorrem entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento: angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação, dor de cabeça, tonturas, sonolência, movimentos involuntários do corpo (sinais de tremor), alterações na pressão arterial (geralmente aumento), ritmo cardíaco anormal, palpitações, tosse, vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal, indigestão, dor de dente, alteração cutânea, alteração cutânea associada a coceira (urticária), febre, perda de cabelo, transpiração excessiva, dor nas articulações, diminuição do peso, sentir-se nervoso (Novartis, 2015).

Na bula (Novartis, 2015) é informado que não há evidências que pacientes com TDAH fiquem viciados em metilfenidato ou que eles tendam a abusar de drogas durante a vida. Informa ainda que, assim como todos os medicamentos que contêm estimulantes do sistema

nervoso central, a Ritalina será prescrita apenas sob supervisão médica próxima e após diagnóstico adequado, e que o medicamento deve ser utilizado exatamente como indicado pelo médico, pois se usado de forma inadequada, pode causar dependência.

O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ANVISA, 2014) informou que os dados sobre os efeitos positivos e a segurança do tratamento com metilfenidato em crianças e adolescentes, geralmente apresentam “baixa qualidade metodológica, curto período de seguimento e pouca capacidade de generalização” (p. 9). A partir do levantamento realizado por este Boletim, verificou-se também que

os desfechos de eficácia, avaliados por instrumentos e critérios diagnósticos variados, apresentaram resultados heterogêneos que, em geral, não demonstraram benefício clínico superior em comparação com alternativas farmacológicas ou com apresentações e doses diferentes do metilfenidato, principalmente para o desfecho de hiperatividade (p. 9).

Além disso, em relação aos eventos adversos, os estudos demonstraram que os mais comuns foram: supressão do apetite, aumento do estado de vigília e de euforia, insônia, cefaleia, dor de estômago e tonturas. Por esses motivos e, “considerando seu alto potencial de abuso e dependência” (ANVISA, 2014, p. 9), torna-se necessário fazer uma avaliação entre benefício e risco antes de dar início ao tratamento com este medicamento, principalmente quando este for de longo prazo. Estes dados aliados aos efeitos colaterais “comuns” e “muito comuns” apresentados na bula do medicamento provocam diversos questionamentos sobre os motivos pelos quais se apela tanto para esta droga como panaceia para a resolução do TDAH.

Caliman (2008) menciona que defender a existência biológica do transtorno e privilegiar o tratamento por meio de remédios não exime os profissionais da saúde ou da educação de validar a multiplicidade de aspectos individuais, econômicos, morais e sociais envolvidos em sua clínica. Estes profissionais devem alimentar a discussão em torno do TDAH, pois será a partir dos conflitos vivenciados cotidianamente na clínica que se construirá um debate comprometido com a realidade daqueles envolvidos direta ou indiretamente com este transtorno.

Até o momento, foi apresentada a caracterização do TDAH, o discurso de autores que defendem a visão biológica e hegemônica do transtorno, como também aqueles que apresentam uma visão crítica sobre o diagnóstico do TDAH, o que faz questionar a alta incidência de crianças assim diagnosticadas e que fazem tratamento medicamentoso. Além disso, foram relatadas as implicações deste tratamento, as advertências feitas pelo próprio

fabricante da medicação sobre as reações adversas e informações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre o referido medicamento. Frente ao conteúdo apresentado sobre este medicamento, torna-se relevante questionar: Como o número de crianças que recebem tratamento a base de metilfenidato aumenta progressivamente?

Pode-se pensar que o uso cada vez maior de medicamentos em crianças diagnosticadas com TDAH, nesses últimos anos, sugere uma prevalência da visão biologizante e naturalizante acerca da constituição do psiquismo humano, como mencionam Eidt e Tuleski (2010). Caminhando na mesma direção dos autores que apresentam uma perspectiva crítica sobre o diagnóstico do TDAH, acredito que considerar como critérios diagnósticos uma lista de sintomas que revelam-se no corpo, devido a falhas nas funções cerebrais, é deixar de perceber o ser em sua complexidade, desvinculando-o do contexto sócio-histórico em que se encontra inserido, considerando-o apenas a partir de uma perspectiva individual.

A partir disso, a criança passa a ser vista prioritariamente como corpo biológico, ou seja, por seu viés orgânico, fisiológico, o qual pode ser medicado e “curado”. Por meio desse olhar, questões significativas da existência são ignoradas, o que pode gerar a banalização e/ou coisificação do sofrimento. Evidenciando o *corpo agitado, impulsivo, desatento e hiperativo* como o problema a ser resolvido, distancia-se da compreensão integrada do ser, o que fortalece a percepção de que o ser é compreendido de forma dicotômica, orgânico/emocional; corpo/consciência.

É neste cenário que se acredita que a filosofia existencialista de Sartre pode oferecer subsídios consistentes que auxiliem na reflexão sobre o diagnóstico do TDAH, visando, assim como os autores que apresentam uma visão crítica (cada qual com suas especificidades), minimizar os efeitos do reducionismo biológico e determinista.

O filósofo Sartre não parte de pressupostos preestabelecidos sobre a constituição do sujeito. Para ele, é no existir, a partir da articulação homem e mundo, que a existência acontece. O humano é concebido como um ser-no-mundo, contribuição fundamental na compreensão do sujeito como um ser em relação, o que favorece uma ruptura com a lógica individualizante. E durante o seu existir, relaciona-se com a materialidade que o cerca, com seu próprio corpo, com os outros, com a sociedade, com o tempo (Schneider, 2002).

A partir destes posicionamentos, no próximo capítulo serão apresentados os fundamentos do pensamento de Sartre que possam embasar uma discussão sobre o diagnóstico em questão e que auxilie, posteriormente, a reflexão sobre as vivências das mães que convivem com o diagnóstico do TDAH e o tratamento medicamentoso.

2 CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA EXISTENCIAL DE J.P. SARTRE PARA A COMPREENSÃO DO TDAH

Jean Paul Sartre (1905-1980), embora seja mais reconhecido por suas contribuições no âmbito da Filosofia, foi um teórico de grande relevância no campo da Psicologia. Suas contribuições apontavam para a superação das dificuldades e impasses presentes no empirismo e na metafísica, perspectivas que se faziam presentes no início do século XX. Influenciado pela fenomenologia de Husserl (1859-1938), crítico do psicologismo, Sartre iniciou suas reflexões teóricas formulando proposições no campo da psicologia. No entanto, voltou-se à Filosofia pela necessidade de fundamentar melhor seus estudos, visando rever as bases filosóficas da psicologia que possibilitasse uma nova ontologia que compreendesse a realidade, o homem, em outra perspectiva. Pode-se dizer que a filosofia de Sartre o encaminhou para suas elaborações psicológicas, posição compatível com o objeto central de sua obra: o homem concreto (Schneider, 2002)⁶.

Em suas obras, o filósofo aborda temas fundamentais da existência como: homem-no-mundo, a temporalidade, as relações com o corpo, o projeto existencial, a liberdade humana. Entretanto, também se dedica a temáticas como a práxis individual e coletiva, a história, a dialética (Schneider, 2002). Desta forma, o pensamento de Sartre vai desde a análise da realidade humana individual e subjetiva (tema de suas primeiras obras e reflexões) até o estudo da existência do homem no corpo social e a interpretação do movimento global dos acontecimentos históricos (Perdigão, 1995).

Neste capítulo serão apresentados os principais fundamentos da filosofia existencial de Sartre, os quais contribuem para uma compreensão do ser humano distanciando-se da perspectiva determinista e individualizante.

2.1 O HOMEM ENQUANTO SER-NO-MUNDO

De acordo com Santos (2011), na filosofia de Sartre “o homem e o mundo não são encarados como duas substâncias radicalmente separadas; pelo contrário, o homem existe, desde sempre, imerso no mundo” (p. 89). Para Sartre (1943/2012), “é o homem no mundo, com essa união específica do homem com o mundo, que Heidegger, por exemplo, chama ‘ser-

⁶ Se o leitor se interessar no percurso teórico-metodológico que Sartre percorreu a fim de elaborar uma psicologia que abordasse o homem concreto, sugiro a leitura da tese de doutorado de Schneider (2002), referência utilizada neste trabalho.

no-mundo” (p. 43). O filósofo entende o sujeito utilizando-se da noção heideggeriana de “**ser-no-mundo**” e compreende a realidade humana como *Dasein* (ser-aí). Para a realidade humana, ser “[...] é *ser-aí*; ou seja, ‘aí sentado na cadeira’, ‘aí, junto a esta mesa’, ‘aí, no alto desta montanha, com tais dimensões, tal direção etc’. É uma necessidade ontológica” (Sartre, 1943/2012, p. 391). Assim, é necessário tanto que eu *seja* quanto o é que eu seja necessariamente *aí*. Conforme esclarece:

...essa necessidade aparece entre duas contingências: por um lado, com efeito, é necessário que eu seja em forma de ser-aí, é totalmente contingente que assim seja, porque não sou fundamento de meu ser; por outro lado, se é necessário que eu seja comprometido neste ou naquele ponto de vista, é contingente o fato de que só possa sê-lo em um desses pontos de vista, com exclusão de todos os outros (Sartre, 1943/2012, p. 391).

Compreende-se como necessidade ontológica aquilo que é necessário na constituição do ser, enquanto contingente é aquilo que ocorre, mas não tem necessariamente que ocorrer. Sendo assim, é necessário para a constituição do ser humano ser inteiramente no mundo, situado em um tempo e em um espaço. Esta é uma necessidade ontológica para o homem. No entanto, essa condição de possibilidade de ser-no-mundo em um determinado lugar e tempo é contingente, ou seja, não há necessidade de ser em determinado lugar ou tempo. Entende-se então que a possibilidade de ser humano, de ser-no-mundo, é ser nessa contingência (Fuck, Silva, Vaz & Pinto, 2012).

A partir dessa compreensão, Sartre possibilita pensar que o mundo só se constitui e se organiza por meio do homem. Se não existisse o homem, existiria apenas a realidade bruta, indiferenciada, sendo que “só há mundo porque o homem transcende o ‘dado’ e estabelece para ele significações, ordenamentos; organiza, assim, a realidade, tornando-a humana” (Schneider, 2002, p. 179). O homem só se humaniza por estar inserido em um mundo que lhe possibilita contornos existenciais. A realidade humana não é desvinculada da objetividade, do meio em que se encontra, é apreendida de maneira concreta, inserida no mundo e em constante relação com o mesmo.

Entender o homem enquanto um ser-no-mundo pressupõe a compreensão do princípio da intencionalidade. De acordo com Schneider (2002), a base dessa concepção de ser-em-relação encontra-se na noção de consciência, pois na perspectiva de Sartre “**toda consciência é consciência de alguma coisa**”, quer dizer, relação a algo, à exterioridade, ou seja, é intencionalidade. A consciência é transcendência, não se encerra em si mesma; é sempre

“relação a...”. As coisas não estão na consciência, sendo esta desprovida de qualquer conteúdo. Nas palavras do próprio filósofo,

toda consciência, mostrou Husserl⁷, é consciência de alguma coisa. Significa que não há consciência que não seja posicionamento de um objeto transcendente, ou, se preferirmos, que a consciência não tem “conteúdo”. [...] O primeiro passo de uma filosofia deve ser, portanto, expulsar as coisas da consciência e restabelecer a verdadeira relação entre esta e o mundo (Sartre, 1943/2012, p. 22).

Assim, compreendendo a consciência como relação ao objeto, ela se faz sempre consciência daquilo que ela não é, como relação a esse objeto. Sartre utilizou a expressão **ser Em-si** para referir aos objetos, às coisas, como sendo a objetividade; e a expressão **ser Para-si**, para designar a consciência, a subjetividade, que só existe em relação a algo.

Apoiado em Sartre, Perdigão (1995) menciona que a expressão Em-si designa à realidade material, o mundo dos objetos e o organismo humano: é o Ser que está fechado em si, preso a si mesmo. O Em-si diz respeito a tudo que existe e que não é a consciência humana. O Em-si não tem segredo, é maciço, é o ser que está isolado em seu ser e não mantém relação alguma com o que não é. De acordo com Sartre (1943/2012), o Em-si “é o que é; isso significa que, por si mesmo, sequer poderia não ser o que é; [...] É plena positividade. Desconhece, pois a *alteridade*; não se coloca jamais como *outro* a não ser si mesmo; não pode manter relação alguma com o outro” [grifos do autor] (p. 39). O ser Em-si simplesmente é, não pode derivar de nada, nem de outro ser.

Já a expressão Para-si se refere à consciência, trata de uma relação de si para si. A consciência é que faz com que o Ser se mostre; ela não cria o mundo, apenas o constata. Perdigão (1995) menciona que nada separa a consciência de si mesma, ser consciente de alguma coisa é colocar-se a distância da coisa, uma distância feita de nada. O que caracteriza a consciência é esse nada que a distancia do ser. Considerando que o nada não existe positivamente, o Para-si apresenta-se, diferentemente do Em-si, como negatividade. Assim, pode-se entender que o Para-si é o que não é, ou seja, não coincide consigo mesmo. Para existir o Para-si necessita do Em-si, pois o nada só pode ser nada de alguma coisa, desta forma, o mundo objetivo é indispensável para toda nadificação ou ato da consciência.

⁷ Sartre a princípio foi influenciado pela fenomenologia de Husserl, mas aos poucos, foi criticando aspectos centrais dessa teoria, principalmente o idealismo pressuposto em sua obra. O filósofo existencialista estabelecerá uma distinção essencial entre ego e consciência, demonstrando que o ego, ao contrário do que se afirmava, não é imanente à consciência, não habita a consciência; é transcendente, objeto do mundo (Schneider, 2002).

Nas palavras de Sartre (1943/2012), o Para-si não é o Em-si, mas é relação com o Em-si, e estando “cercado por todos os lados pelo Em-si, o Para-si não pode escapar-lhe, posto que é *nada* e porque *nada* o separa do Em-si. O Para-si é fundamento de toda negatividade e toda relação; *ele é a relação*” [grifos do autor] (p. 452). Frente a estes apontamentos, pode-se compreender que o Em-si não possui consciência e para existir não depende de qualquer consciência que se tenha dele; é pura facticidade. Já o Para-si, é consciência e só pode existir na dependência da consciência que se tenha dele mesmo; e é transcendência-facticidade⁸, pois se encontra tanto dentro do mundo, como Ser, quanto fora dele, como consciência.

Nas palavras de Maheirie (2002),

o para-si é o tipo de ser que é para si mesmo, ou seja, é um tipo de ser que estabelece sentidos, significados para o mundo e também para si mesmo. [...] Se o em-si é presença, o para-si é ausência; se o em-si é positividade, o para-si é negatividade; se o em-si é afirmação, o para-si é a negação; se o em-si é imanência, o para-si é transcendência (p. 33).

Entende-se, então, que para Sartre consciência é somente relação, não tem interior e revela-se como a dimensão subjetiva do sujeito, compreendida como a negação do absoluto de objetividade. Desta forma, o conceito de consciência “abarca todo e qualquer fenômeno da psique humana, desde o mais breve impulso perceptivo de um recém-nascido, até a mais elaborada das reflexões de um sujeito adulto” (Maheirie, 2002, p. 32).

Assim, os conceitos *consciência*, *Para-si* e *subjetividade* se referem a uma mesma coisa, ou seja, a dimensão do sujeito que é capaz de negar a objetividade (Em-si) como uma dimensão absoluta (Maheirie, 2002). De acordo com Perdigão (1995), é preciso abandonar a ideia de que o Para-si constitua uma substância própria, autônoma do Em-si, pois a única realidade que o Para-si possui é a de ser uma nadificação do Ser. O Para-si precisa do Em-si para existir, sendo a consciência “esse deslizamento, esse ‘partir em direção às coisas’, essa relação com o objeto (real ou imaginário)” (Perdigão, 1995, p. 46).

Enquanto ser-no-mundo, o homem está inserido em um processo de relações, sendo que a condição para a ocorrência desse fenômeno é o fato de o homem ser **corpo/consciência**. O corpo é seu primeiro contato com o mundo, a consciência é sua condição de estabelecer

⁸ *Transcendência* é um termo usualmente utilizado para referir-se à qualidade de um Ser superior, mas em Sartre indica a intencionalidade da consciência, ou seja, o movimento da consciência para sair fora de si, a possibilidade do Para-si de ultrapassar-se para o mundo. A expressão *facticidade*, o filósofo usa para se referir aos aspectos da nossa condição humana não escolhidos por nós, por exemplo, a situação e o momento histórico que vivemos (Perdigão, 1995, p. 48).

relações. O corpo é uma coisa, ou seja, é um Em-si; já a consciência, como já foi mencionado, é Para-si (Schneider, 2002).

Sendo assim, não é possível considerar que exista consciência sem corpo, nem corpo humano sem consciência. A consciência, enquanto pura relação com o mundo implica o corpo nessa relação, sendo o corpo implicado pela consciência. O corpo é coisa, realidade física, o que acarreta que ele tenha implicações de uma coisa no mundo, ocupando um lugar no tempo e no espaço. E sendo a consciência pura relação com as coisas do mundo, ela implica o corpo (Fuck et al., 2012).

A partir do que já foi mencionado, entende-se que a consciência busca o objeto, considerando que o ser que falta ao Para-si é o ser Em-si. Esta busca fundamenta aquilo que Sartre denominou **projeto** e é o motivo pelo qual a realidade humana é sempre considerada desejo de ser. Este desejo movimenta o sujeito no mundo e seu movimento é o impulso “*em direção à...*”, àquilo que não se é. Este impulso torna o sujeito um ser que está sempre além de si mesmo, em um movimento de transcendência, que se faz dialético desde sua origem (Maheirie, 2002). Nessa direção, o sujeito, como singularidade humana, está inserido no mundo e caracterizado por uma situação específica. Ele se movimenta e se constrói a partir de suas escolhas e ações que estão sempre relacionadas a um projeto, a um **desejo de ser**, que o orienta no estabelecimento de suas relações no mundo.

De acordo com Perdigão (1995), o sujeito realiza um projeto visando um resultado, uma totalidade, que só existe no futuro. A verdadeira estrutura da vida humana é o estado constante de ultrapassar o presente. Ao agir, o sujeito busca superar as condições atuais para alcançar uma condição futura. E isso só se torna possível porque o Para-si é nadificador do ser, ou seja, ao nadificar *o que se é* (a realidade presente), busca-se atingir *o que não é* (realidade ausente que se projeta).

Partindo desta perspectiva, o homem não pode compreender o menor de seus gestos sem ultrapassar o presente e explicá-lo pelo futuro. Por exemplo, ao caminhar em uma direção, sou orientada por um projeto futuro: levanto-me para buscar um livro que está em outro cômodo, se chego a este fim é porque todos os meus passos foram orientados pelo meu projeto futuro, ou seja, alcançar o livro. Portanto, ao agir, o homem realiza um projeto visando um resultado final, uma totalidade, existente apenas no futuro, sendo uma totalização-em-curso (Perdigão, 1995).

Neste sentido, como esclarece Schneider (2002), “totalizar-se significa **temporalizar-se**, ou seja, produzir uma síntese dialética das experiências passadas, presentes e futuras, que definem os contornos de quem é o sujeito, produzindo-o” (p. 188). Assim, a dinâmica

temporal desenvolve-se como processo de totalização constante da experiência do sujeito nessas três dimensões: o passado constitui-se daquilo que já está dado e acabado, assemelha-se ao Em-si; o presente representa uma ligação entre passado e futuro e é uma constante fuga, uma vez que só aparece quando já está transcendido e; o futuro é o modo do Para-si existir como sendo o que ainda não é (Perdigão, 1995).

A noção de projeto para Sartre auxilia na compreensão de que ser-no-mundo é estar localizado no tempo, é ter realizado certas coisas; é também projetar ser alguém, ou seja, “a humanidade do sujeito constrói-se pela sua historicidade” (Schneider, 2002, p. 188). A relação humana é delimitada temporalmente, ou seja, é histórica.

Segundo Schneider (2002), o filósofo existencialista concorda com Marx quando este afirma que o homem faz a história na exata medida em que esta o faz. No entanto, considera que os marxistas valorizaram mais o papel da história, do que o papel do homem. Para Sartre, esse entendimento deve ser compreendido dialeticamente: o homem com sua práxis individual faz com que os acontecimentos se deem em certa direção, engendrando a história.

Frente a estas considerações, é possível entender que o projeto define o sujeito, caracterizando a dialética do subjetivo e do objetivo. Nas palavras de Maheirie (2002),

como subjetividade objetivada (que se transforma em ato), o projeto é este movimento do sujeito (incluindo seu passado) em direção ao novo, ao inexistente, em um processo de superação que implica recusa e realização, ou seja, transformação e manutenção de uma situação (p. 35).

Desta forma, os sujeitos devem ser apreendidos em função da relação entre objetividade e subjetividade. De acordo com Schneider (2002), o subjetivo é um momento do processo objetivo, e, para tanto, a subjetividade não deve ser entendida como uma entidade em si ou uma estrutura mental. Ela é “um processo dialético de apropriação da objetividade, de interiorização da exterioridade” (p. 180). A partir das relações que o sujeito estabelece com as condições materiais, sociais, familiares, ou seja, com as condições existenciais concretas, ele vai constituindo sua subjetividade, a qual se objetiva através de seus atos, seus pensamentos, suas emoções.

A partir das relações que vivencia no mundo, o sujeito produz significações, “o que lhe permite singularizar os objetos coletivos, humanizando a objetividade do mundo” (Maheirie, 2002, p. 36). Essas significações em conjunto com suas ações, em um movimento de totalizações abertas, compõem o sujeito. Por isso, entende-se que o processo de constituição do sujeito é realizado no coletivo, inserido em um cenário de diferentes

singularidades, as quais se entrecruzam. Ao realizar sua história, realiza a dos outros, na mesma forma que é realizado por ela. Desta forma, o humano é produto das condições objetivas e também produtor delas, considerando que é capaz de superar condições já postas e produzir outras.

Considerando a realidade concreta em constante movimento dialético, Sartre propõe um método, denominado “progressivo-regressivo”, que objetiva contemplar o movimento singular/universal da constituição humana a partir de descrições e compreensões fundadas numa totalização em curso e dentro de uma perspectiva histórica (Maheire & Pretto, 2007). Segundo Schneider (2002), este método dialético não reduz os fenômenos a fatos isolados, mas busca superar as situações, conservando as aquisições antigas e realizando novas sínteses. Realiza um movimento constante entre a singularidade e a totalização.

Como mencionado anteriormente, ao lançar-se em direção a um projeto, o sujeito vai se constituindo. Para Sartre (1946/2010), “o homem é, não apenas como é concebido, mas como ele se quer, e como se concebe a partir da existência, [...] o homem nada mais é do que ele se faz” (p. 25). O projeto diz respeito ao ser-no-mundo em totalidade e é constituído pelo homem a partir de sua história de relações. Desta forma, inicialmente o homem existe e depois, a partir do seu processo de relações, vai delineando sua essência. Nas palavras do filósofo,

o homem existe primeiro, se encontra, surge no mundo e se define em seguida. Se o homem, na concepção do existencialismo, não é definível, é porque ele não é, inicialmente, nada. Ele apenas será alguma coisa posteriormente, e será aquilo que se tornar (Sartre, 1946/2010, p. 25).

Desta forma, entende-se que na realidade humana **a existência precede a essência**, sendo este um princípio fundamental que evidencia a importância do processo histórico para o homem (Schneider, 2002). Esta compreensão rompe com a ideia de uma natureza humana, visto que o homem não pode ser definido antes que seja concebido, nada o define a priori. Assim, “rejeita-se a noção de que o ‘homem vem pronto’, seja pela hereditariedade, seja por um determinismo constitucional, mas considera fundamental o processo histórico do sujeito, suas relações concretas” (Schneider, 2002, p. 114).

Partindo desta premissa, Pretto e Langaro (2012) mencionam que ao nascer, a criança não apresenta qualquer característica ou condição biológica capaz de determinar o modo que se constituirá enquanto sujeito. No entanto, a criança nasce em um contexto permeado por relações anteriormente existentes, relações de expectativas e de sentimentos, que pessoas

próximas já estabeleciam com ela antes mesmo de nascer, o que influenciará as condições existenciais do início de seu processo de subjetivação/objetivação. A história e especificidade da família serão os horizontes iniciais para a constituição da criança, a qual encontrará neste espaço condições materiais e históricas para alterar sua condição, ou seja, para iniciar o seu processo de subjetivação.

De acordo com Schneider (2002), “nascemos *ninguém* e nos tornamos *alguém* específico nesse processo de construção constante de nosso ser” [grifos da autora] (p. 228). A estrutura social onde o indivíduo está inserido fornece os parâmetros para construir sua singularidade. As pessoas próximas à criança realizam a intersecção dos valores sociais e culturais com as necessidades mais imediatas e concretas do sujeito; e vão traçando uma identidade para ela, frente ao conjunto de expectativas que apresentam. Assim, a criança é inserida em um espaço existencial, no qual lhe são fornecidos os conhecimentos, valores, crenças, afetividade, que viabilizam a sua formação como sujeito humano. Na grande maioria dos casos, esse espaço é o da família. É importante compreender como se estabelece “o cuidado” com a criança, como fornecem os elementos concretos e afetivos que dão suporte para que ela consolide o seu ser.

Em um primeiro momento, o processo de construção é vivido na alienação, pois a criança não nasce com a capacidade de refletir, estabelecendo somente relações espontâneas com o ambiente que a cerca, baseada em uma consciência irrefletida. Desta forma, a princípio, a criança por não ter posição de si, realiza o ser que é moldado pelos outros; move-se em função de um ser futuro que tem que realizar, de um projeto existencial que lhe é passado pelos outros. Mais tarde, a partir do processo de relação com o mundo mediado por outras pessoas, aprenderá a refletir e relativizar as mediações até então estabelecidas, podendo assumir seu ser. Para tomar posição de si, se posicionando enquanto sujeito dos seus atos, é necessário uma consciência reflexiva (Schneider, 2002, p. 232).

Neste momento, faz-se importante assinalar que Sartre apresenta diferentes **tipos de consciência**, que implicam diferentes modos do homem estabelecer relação com o mundo. Por um lado, há consciências que são irrefletidas, que se absorvem no seu objeto e são consciências que se dão de imediato, que não tomam a si mesmas como objeto, não são posicionais do eu; por outro lado, há consciências reflexivas, que têm por objeto as consciências irrefletidas.

Maheirie (2002) esclarece que na consciência **irrefletida** o sujeito não se coloca como um objeto para si mesmo, pois a consciência é posicional do objeto. Esta forma de

consciência é evidenciada quando estamos absorvidos completamente em uma determinada atividade, por exemplo, ao ler um livro, não me dou conta que sou eu que leio. De acordo com Schneider (2002), as consciências irrefletidas ocorrem sem a presença do eu. Ao *perceber*, *imaginar* ou *refletir espontaneamente* sobre algo, o sujeito encontra-se tão absorvido no objeto, que não há espaço para o posicionamento sobre o eu.

Sartre mostra que o eu aparece na ocasião de um ato reflexivo, sendo objeto da consciência **reflexiva**. No entanto, o eu não é sinônimo de reflexão. Ele aparece com a consciência reflexiva, é seu objeto. Desta forma, pode-se dizer que a consciência reflexiva aparece quando o sujeito faz uma reflexão sobre os seus próprios pensamentos, ações e modo de ser. É a partir da consciência reflexiva que o a criança se posiciona enquanto sujeito dos seus próprios atos. Esse é o momento em que ela supera o que deve ser para situar-se como poder-ser (Schneider, 2002).

Frente ao que foi exposto, entende-se que não há determinismo, não sendo possível recorrer a uma natureza humana dada e definida para explicar alguma coisa. Portanto, para Sartre (1946/2010), “o homem é livre, o homem é liberdade” (p. 33) e está condenado a ser livre, pois ele não se criou e, uma vez lançado no mundo, acaba se tornando responsável por tudo que faz. Nesta direção, o homem “sem nenhum tipo de apoio nem auxílio, está condenado a inventar a cada instante o homem” (Sartre, 1946/2010, p. 33). A liberdade é uma situação ontológica do homem, é próprio da condição humana, não tem como não escolher-se. Nas palavras do filósofo,

A liberdade é precisamente o nada que *é tendo sido* no âmago do homem e obriga a realidade-humana a *fazer-se* em vez de ser. [...] ser é *escolher-se*: nada lhe vem de fora, ou tampouco de dentro, que ela possa *receber* ou *aceitar*. Está inteiramente abandonada, sem qualquer ajuda de nenhuma espécie, à insustentável necessidade de fazer-se ser até o mínimo detalhe [grifos do autor] (Sartre, 1943/2012, p. 545).

Sendo assim, a liberdade é a escolha de ser realizada pelo sujeito. Ser é escolher-se, é agir. A **liberdade** é uma ação do homem no mundo e “ao realizar minha liberdade, que sempre se situa em direção a um fim, defino as significações do mundo para mim” (Schneider, 2002, p. 236).

Segundo Perdigão (1995), a liberdade não pode ser considerada pura abstração ou pura transcendência, pois a consciência não vive separada do mundo, mas inserida nele, comprometida pelo corpo no mundo do Em-si, sujeita à necessidades concretas. Por isso, Sartre afirma que toda liberdade é sempre em situação, ou seja, situada na realidade objetiva.

É a escolha que faço, dentro de determinada situação, que me compromete com o futuro. Como esclarece o referido autor,

Essa liberdade de escolha não significa que o homem viva a agir a esmo, de qualquer maneira, imprevisivelmente, fazendo não importa o que queira, a qualquer momento, sujeito a uma série de impulsos arbitrários, caprichosos e gratuitos. [...] cada um de seus atos abriga uma significação mais profunda, reflete uma eleição originária de si, que fundamenta todas as suas deliberações (Perdigão, 1995, p. 105).

A liberdade é agir a partir de um projeto em um mundo que até certo ponto está estruturado. Aqui, torna-se importante pontuar que a escolha de cada sujeito implica em uma escolha para todos os homens. Isso significa que ao realizar o homem que se quer ser, abre-se a possibilidade de qualquer um poder sê-lo, ou seja, utilizando as palavras do próprio Sartre (1946/2010), “não existe um de nossos atos sequer que, criando o homem que queremos ser, não crie ao mesmo tempo uma imagem do homem conforme julgamos que ele deva ser” (p. 27). É por este motivo que ao agir, escolher, o homem não escreve só a sua própria história, mas a história da humanidade.

O homem enquanto ser lançado para seus possíveis é criador dos valores que o cercam e depara-se, constantemente, com a sua **responsabilidade**, levando-o à **angústia**. Em sua estrutura essencial, a angústia pode ser considerada como consciência de liberdade. O filósofo pontua que enquanto ser pelo qual os valores existem, o homem é injustificável e é por meio da angústia que “capto-me ao mesmo tempo como totalmente livre e não podendo evitar que o sentido do mundo provenha de mim” (Sartre, 1943/2012, p. 84).

No entanto, o homem tem a possibilidade de mascarar essa angústia. Na realidade, procura encobrir-se a si mesmo, para encobrir-se para os outros. Deste modo, evita enxergar certo aspecto de seu ser, para não encarar sua liberdade. Esse procedimento Sartre denomina **má-fé**, que significa “[...] mentir para si mesmo. Por certo, quem pratica a má-fé, trata de mascarar uma verdade desagradável ou apresentar como verdade um erro agradável. A má-fé tem na aparência, portanto, a estrutura da mentira. Só que [...] na má-fé eu mesmo escondo a verdade de mim mesmo” (Sartre, 1943/2012, p. 94). Não se trata de uma decisão reflexiva do sujeito, mas de uma experiência espontânea. Pela má-fé o sujeito tenta fugir do que não pode, tenta fugir daquilo que é.

Como descrito acima, a liberdade faz com que o homem se depare com a responsabilidade (o que gera angústia e pode desencadear a má-fé), considerando que escolher para si mesmo, implica escolher também para o **Outro**. Ao mesmo tempo em que o homem

vai se construindo, ele se depara com outras liberdades que também estão tentando realizar-se. Assim, para Sartre (1943/2012), “pelo olhar, experimento o Outro concretamente como sujeito livre e consciente que faz com que haja um mundo temporalizando-se rumo a suas próprias possibilidades” (p. 348). É preciso considerar que o homem existe no mundo com outros homens, sendo que esta situação pressupõe uma estrutura fundamental da realidade humana que é o **ser-para-outro**.

No existencialismo de Sartre, não é suficiente pensar no Outro enquanto aquele que simplesmente *é visto por mim*, deve-se pensá-lo como *aquele que me vê*. Reconheço o Outro como consciência, como sujeito, como uma Para-si igual a mim; reconheço a sua intencionalidade, que pode fazer do mundo o lugar dos seus projetos. O outro não é visto como um corpo dotado de dois olhos; capta-se o seu *olhar*, ou seja, transcende-se o dado que aparece de imediato e apreende-se algo ausente, que ultrapassa o corpo que se vê (Perdigão, 1995).

Para Sartre (1943/2012), captar um **olhar** é ter a consciência de que sou visto pelo outro, sendo que o olhar do Outro é “um intermediário que remete de mim a mim mesmo” (p. 334). Não é possível conferir a si mesmo qualquer qualidade sem mediação de Outro, pois “o outro me ensina quem eu sou” (p. 352). Nas palavras do filósofo, “a presença sem intermediário desse sujeito é a condição necessária de qualquer pensamento que tento formar a meu respeito. O Outro é esse eu-mesmo do qual nada me separa, absolutamente nada, exceto sua pura e total liberdade” (p. 348).

O fenômeno de ser visto pelo outro tem grande relevância na constituição do que somos. Para esclarecer esse fenômeno, Sartre (1943/2012) utiliza como exemplo o “olhar pelo buraco da fechadura”: estou sozinho olhando o outro lado da porta pelo buraco da fechadura, uma cena se apresenta para ser vista. “Minha consciência adere aos meus atos, ela é meus atos, os quais são comandados somente pelos fins a alcançar” (p. 334). Nesse momento, sou pura subjetividade. De repente, escuto passos no corredor: alguém me olha. Significa que fui atingido em meu ser. “Eu sou, para além de todo conhecimento que posso ter, esse eu que o Outro conhece” (p. 336). Trata-se do meu ser, tal como é escrito na e pela liberdade do Outro. Captar-me sendo visto é captar-me como sendo visto no mundo e a partir do mundo. O outro é para mim, antes de tudo, o ser para o qual sou objeto, o ser pelo qual adquiro minha objetividade.

Com esse exemplo, percebe-se que para obter considerações objetivas a meu respeito, dependo do Outro, sendo ele indispensável ao conhecimento que tenho de mim. Assim, só posso considerar-me de determinado modo – por exemplo, considerar-me vergonhoso, feliz,

agitado, generoso, gordo, etc – pois esse tipo de conhecimento passa pelo Outro, ou seja, é necessária a mediação do Outro.

O ser-para-outro faz parte da facticidade do Para-Si, considerando que estamos no meio de um mundo já dotado de sentido, ou seja, “encontro-me comprometido em um mundo já significativo e que me reflete significações não determinadas por mim” (Sartre, 1943/2012, p. 627). Constantemente nos deparamos não só com o outro, mas com as **significações** deixadas por ele, como por exemplo, nome das ruas, sinais de direção, músicas que tocam na rádio, etc. Esses exemplos são marcas, objetivações deixadas pelo outro, que independem de minha escolha, apresentam-se com a mesma indiferença da realidade do Em-si. Surgindo em um mundo onde essas significações já existem, o Para-si

faz com que as leis internas do ato do Outro, que estavam fundamentadas e sustentadas por uma liberdade comprometida em um projeto, convertam-se em regras objetivas de conduta-objeto, e essas regras tornam-se universalmente válidas para toda conduta análoga [...]. Essa historiarização, que é efeito de sua livre escolha, de modo algum restringe sua liberdade; antes o contrário, é nesse mundo mesmo, e em nenhum outro, que sua liberdade está em jogo; é a propósito de sua existência nesse mundo mesmo que o para-si se coloca em questão (Sartre, 1943/2012, p. 639).

Assim, as significações impressas nas coisas do mundo, são sinais de condutas a adotar que implicam diretamente os homens e, em alguns momentos, acabam orientando suas condutas. No entanto, mesmo vivendo em um mundo já significado e em constante julgamento do outro, não é possível dizer que o Outro se constitui como um limite à liberdade, uma vez que se é livre para aceitar ou negar o juízo alheio, ou seja, “a liberdade do Outro confere limites à minha situação, mas só posso experimentar esses limites caso reassuma este ser-Para-Outro que sou e lhe atribua um sentido à luz dos fins que escolhi” (Sartre, 1943/2012, p. 646).

Percebe-se, dessa forma, que o homem nasce corpo e consciência e ao relacionar-se com as condições existenciais concretas que o cerca, ele vai constituindo-se, construindo a história coletiva e sendo realizado por ela. A essência construída é considerada uma síntese inacabada, pois o homem não se totaliza, ele é sempre uma totalização em curso, em busca de realização, um constante vir-a-ser. Frente aos fundamentos apresentados – tais como o homem como ser-no-mundo; o homem enquanto um ser temporal, histórico; a dialética da relação eu/outro, indivíduo/sociedade, subjetividade/objetividade; a noção de projeto e de liberdade – compreende-se que o homem é sujeito do seu ser.

2.2 COMPREENDENDO UM TRANSTORNO A PARTIR DO EXISTENCIALISMO

Ao apresentar o pensamento de Sartre, um dos objetivos era trazer fundamentos desta filosofia que contribuísse para uma compreensão menos reducionista e determinista do ser do homem, auxiliando na reflexão sobre a teoria hegemônica apresentada sobre o TDAH, a qual focaliza os aspectos individuais e orgânicos como principal justificativa para a realização deste diagnóstico.

Como apresentado anteriormente, a filosofia existencial compreende que o homem nasce corpo e consciência, sendo o corpo uma estrutura permanente do ser e a possibilidade da consciência ser consciência do mundo. Embora o homem venha ao mundo com as condições que possibilitam a constituição de seu ser, sua essência não está dada, precisará ser construída e, para tanto, se faz necessário um processo histórico de totalização das relações do sujeito com o mundo, mediadas pelo social, que constituirão os estados, ações e qualidades do sujeito (Schneider, 2002).

Compreende-se que “o indivíduo nasce inserido em uma determinada situação social: nasce em certo local, com sua cultura, seus valores específicos; em um momento histórico, com suas condições materiais, produtivas, ideológicas; em uma certa classe social, em uma certa família, rodeada de certas pessoas” (Schneider, 2002, p. 228), ou seja, o homem está em constante relação com o mundo circundante, o qual oferece os meios para a sua constituição enquanto sujeito, para construir sua singularidade, apropriando-se ativamente da objetividade. Assim, a ação de interiorização da exterioridade, resulta na constituição do eu, que se consolida, como uma subjetividade objetivada, ou seja, como uma totalização das relações que o sujeito estabeleceu com o mundo.

Schneider (2002) menciona que o existencialismo de Sartre, ao propor uma ontologia dialética, busca superar os dualismos preponderantes na filosofia, como a dicotomia aparência/essência, interior/exterior, corpo/mente. Desta forma, o homem não é reduzido a um ou outro aspecto que o compõem, é compreendido a partir de suas múltiplas perspectivas e caracteriza-se pelo ultrapassamento de situações, por ser capaz de fazer e desfazer o que se fez dele. A condição essencial para alguém ser sujeito é ter um projeto, o qual é construído a partir de sua ação no mundo, mediada pelos outros. Partindo desta compreensão, quem tem possibilidade de “adoecer” é o sujeito, assim, uma patologia é considerada uma perturbação sempre psicofísica, que acontece enquanto movimento do sujeito no mundo, resultante da sua história de relações.

Ao compreender o homem como um ser histórico e social, é possível pensar que as dificuldades psicológicas e as psicopatologias também são ocorrências sócio-históricas, como o resultado de um processo de constituição do ser que ocorre em meio ao mundo e em meio às relações com os outros, contrariando a concepção de patologia individual, determinista, organicista, desconectada das relações sociais. A psicopatologia, a partir da perspectiva existencialista, fornece substrato teórico e subsídio para uma compreensão diferente do modelo hegemônico médico-psiquiátrico, e parte do núcleo de vida e história concreta do sujeito (Schneider, 2002, 2009).

Frente ao exposto, é possível pensar que uma psicopatologia, um transtorno mental, se realiza na existência do ser, sendo um acontecimento em seu percurso histórico e social. De acordo com Schneider (2002), é o homem enquanto ser-no-mundo que permite compreender o transtorno e não o transtorno que define o ser do homem. Assim, compreende-se uma psicopatologia como um processo, constituído na vida de relações e não como algo dado, cuja predisposição a pessoa tem. Como menciona Schneider (2009), “é o homem, como uma totalização em curso, ao se totalizar, destotalizar e retotalizar, em função de suas mediações sociais, materiais, que se complica psicologicamente ou enlouquece” (p. 301). Desta forma, pode-se pensar que um fenômeno psicopatológico não é resultado somente de desequilíbrios bioquímicos ocorridos no cérebro, decorre também da concretude existencial de um sujeito, como desdobramento de sua relação singular e existencial no mundo.

Embasando-se nas contribuições apresentadas por Schneider (2002, 2009), é possível compreender o sujeito a partir de sua história e das relações que estabelece com a exterioridade, e não reduzi-lo a uma queixa, nem a um diagnóstico estanque. A partir desta perspectiva, busca-se compreender a diversidade dos fenômenos a serem considerados no diagnóstico do TDAH de uma criança, considerando o homem enquanto um “eterno vir-a-ser”, ou seja, aquele que se move para o futuro e que o faz em direção àquilo que ainda não é e ao que ainda pode realizar. Essa compreensão auxilia na apreensão do sujeito como um devir, que ultrapassa a perspectiva biologizante e o vê como um produto da relação homem-mundo. O que possibilita a compreensão do homem enquanto liberdade, sujeito de sua ação, de sua história.

Assim, pretende-se compreender o corpo agitado, a hiperatividade, como parte integrante da história de vida da criança e não como uma característica prioritariamente de origem neurobiológica que define o seu ser. Estando estreitamente ligada com a história de relações do sujeito é, portanto, para ela que é preciso olhar se o objetivo é compreender o que está ocorrendo. Retoma-se a ideia de caracterização do humano como ser de relações que, ao

mesmo tempo, é resultado delas e interfere no mundo a partir delas. Considerando o exposto, busca-se olhar o TDAH como um elemento que possa ampliar a compreensão sobre o modo de ser das crianças consideradas “hiperativas/desatentas”, podendo enxergá-las como um sujeito único e integrado.

Outro elemento importante do existencialismo de Sartre que pode auxiliar para uma compreensão menos reducionista do TDAH é a sua concepção de corpo. Considerando que o filósofo compreende a realidade humana enquanto corpo/consciência torna-se importante para este estudo uma revisão da ontologia do Corpo para Sartre. Em sua obra “O Ser e o Nada: ensaio de ontologia fenomenológica”, o filósofo destaca uma parte específica sobre esta temática. A retomada deste tema favorece a compreensão do sujeito em que o corpo não aparece como puro corpo. Assim, busca-se apreender o ser de forma integrada, enquanto “ser-no-mundo”, ou seja, ser em meio às coisas ou ser que realiza o mundo, pressuposto que contribui na análise compreensiva dos resultados desta pesquisa.

2.3 A ONTOLOGIA DO CORPO

De acordo com Cox (2006), o corpo humano é fundamental à condição humana e qualquer relato desta condição que não considere o corpo, está incompleto. A visão de Sartre sobre este tema estabelece uma diferença entre a maneira de ser do corpo de uma pessoa para si mesma e a forma desta existência para outra pessoa. Assim, Sartre (1943/2012) menciona que se o objetivo é refletir a respeito da natureza do corpo, é preciso estabelecer duas ordens diferentes de conhecimento sobre o corpo: devemos examinar o corpo enquanto ser-Para-si e enquanto ser-Para-outro, considerando que esses dois aspectos se apresentam em diferentes níveis de ser e são irreduzíveis um ao outro.

De forma mais específica, Sartre (1943/2012) apresenta três dimensões ontológicas do corpo em seu estudo: **corpo como ser-Para-si**, o corpo concreto, o corpo que sou, aquele que vivencio e tenho consciência perceptiva e espontânea de ser; **o corpo como Ser-Para-outro**, o corpo abstrato, aquele que provém de uma consciência reflexiva; e, por fim, o corpo compreendido a partir da **relação recíproca entre eu-outro**.

O corpo como ser-Para-si é considerado como corpo concreto, o corpo que o sujeito vivencia a partir de uma consciência espontânea de ser, a qual o indivíduo apreende um fenômeno, como o seu próprio corpo, em uma relação imediata, sem reflexão, sem posicionamento de fundamentos. É possível alcançar “o corpo que sou”, o corpo concreto, sem qualquer distância entre corpo e consciência. Tem-se em ato a dor física, o prazer, o mal-

estar, por exemplo: quando alguém machuca a perna, não há distância entre o corpo e a dor sofrida, é-se o próprio corpo-dor (Fuck et al., 2012). Nesse movimento, o sujeito é integralmente um ser psicofísico na vivência, é integralmente corpo e consciência, e essa vivência surge como uma expressão de plena liberdade do Para-si.

Ao se referir ao corpo como ser-Para-si, Sartre (1943/2012) resgata a concepção do *Dasein* (ser-aí), já apresentada anteriormente, a qual elucida que o humano e o mundo não são encarados como duas substâncias radicalmente separadas; pelo contrário, o humano existe, desde sempre, imerso no mundo. Nesse sentido, o Para-si só existe integrado no mundo e, portanto, há uma relação intrínseca entre a existência do Para-si e a corporeidade, na medida em que o corpo situa o Para-si e é situado por este.

Assim, a consciência, o Para-si, enquanto pura relação com o mundo implica o corpo nessa relação, sendo o corpo implicado pela consciência. Não há consciência sem corpo, nem corpo humano sem consciência. Visando compreender a inseparabilidade de corpo e consciência, Fuck et al. (2012) utilizam o exemplo do ato de escrever: “enquanto se escreve, é-se corpo, as próprias mãos, e dispõe como instrumentos as folhas, a caneta, etc. Não há distância entre ‘eu’ e a mão que escreve, é-se mão escrevendo e valendo-se de certos utensílios. A mão simplesmente é movida pelas palavras por escrever” (p. 306). A sensação e a ação não se separam, constituem uma unidade, e o corpo em ação não pode ser considerado um instrumento. Ao nos envolvermos no ato de escrever, não tomamos distância do corpo. A consciência transcendendo a negação de ser descobre os objetos, ou seja, as coisas-utensílios.

Ao falar do homem concreto compreende-se que corpo e consciência são ontologicamente necessários para esse ser que não pode ser o ser que é sem corpo e sem consciência; não é possível aceitá-lo como não sendo corpo. Sartre (1943/2012) assinala que o corpo é uma característica necessária do Para-si e “advém necessariamente da natureza do Para-si o fato de que ele seja corpo, isto é, que seu escapar nadificador ao ser seja feito em forma de comprometimento no mundo” (p. 392).

Mesmo considerando o Para-si como central nesse comprometimento do mundo, o filósofo ressalta que o corpo só existe a partir da estrutura constitutiva da coisa e das regras de aparição, do rigor objetivo. Não existe algo que apareça como vivido pelo ser sem ter realidade objetiva, considerando que, primeiramente, a consciência do mundo depende de um fundo de mundo e de uma seletividade da percepção que cabe somente ao sujeito fazê-la, como um ser que transcende o que lhe é revelado rumo às possibilidades que tem de ser. Assim, para Sartre (1943/2012) não encontramos a sensação em nós mesmos, pois o sentido está em toda parte, no mundo. Ele clarifica seu ponto de vista mencionando o exemplo do

tinteiro: “Este tinteiro sobre a mesa é-me dado imediatamente em forma de uma *coisa* e, contudo, revela-se a mim pela *vista*. Significa que sua presença é presença visível e que tenho consciência de que me está presente como visível, ou seja, consciência (de) vê-lo” [grifos do autor] (p. 399). Compreende-se que o sujeito não é consciência da vista que vê o tinteiro, mas consciência do tinteiro.

A partir desse pressuposto, Sartre explica aspectos constitutivos do mundo dos istos, tais como a orientação, a partir da qual o objeto aparece sobre fundo de mundo, um campo perceptivo total, e pode se sobrepor ao se diferenciar aos outros istos. Assim, ao passo que a orientação proporciona um modo de apreender o objeto, a relação material entre um objeto em particular e o fundo é, ao mesmo tempo, escolhido e dado. É considerado escolhido, pois é frente à consciência que irá se dar, ou seja, o surgimento da consciência “é a negação explícita e interna de um isto *em particular* sobre fundo de mundo: eu *olho* o copo ou o tinteiro” [grifos do autor] (p. 401); e é considerado dado, tendo em vista que minha escolha se dá a partir da distribuição original das coisas, que manifesta a facticidade do ser.

Assim, é “necessário que o livro me apareça à direita ou à esquerda da mesa. Mas é contingente o fato de que me apareça precisamente à esquerda; e, por fim, sou livre para olhar, seja o *livro* sobre a mesa, seja a *mesa* sustentando o livro” [grifos do autor] (Sartre, 1943/2012, p. 401). Esta relação entre a necessidade e a liberdade de minha escolha é denominada sentido para Sartre. Entende-se que o objeto apareça integralmente toda vez (“vejo o livro, vejo a mesa”), mas esta aparição tem sempre lugar em uma perspectiva particular, que traduz suas relações com o mundo e com os outros objetos. Essas regras de aparição dos objetos sobre o fundo de mundo não podem ser consideradas psicológicas ou subjetivas, pois são objetivas e surgem da natureza das coisas. Assim, de acordo com Fuck et al. (2012), pode-se escolher a direção, mas necessariamente esbarra-se numa objetividade que tem uma constituição interna, uma necessidade de ser conforme sua constituição própria.

Desta forma, compreendemos que é o surgimento do Para-si no mundo que torna possível a existência deste mundo como totalidade das coisas e os sentidos. O ponto essencial é a minha relação com o mundo, sendo que a partir desta que o mundo e os sentidos se mostrarão, de acordo com o ponto de vista escolhido. Essas considerações podem ser aplicadas a todo corpo, enquanto centro de referência indicado pelas coisas.

Entende-se então, que o corpo é o instrumento e a meta das ações, sendo impossível diferenciar sensação e ação. Rejeita-se a ideia de se apropriar primeiro de um corpo para depois buscar uma forma de captar o mundo através dele. Pelo contrário, considera-se fundamento da revelação do corpo a relação originária com o mundo. O corpo manifesta

apenas a individualidade e a contingência de nossa relação com os objetos, com as coisas utensílios. De acordo com o filósofo, “somente em um mundo pode haver um corpo, e uma relação primeira é indispensável para que esse mundo exista” (Sartre, 1943/2012, p. 411).

O corpo como facticidade é o passado, pois remete originariamente a um nascimento, ou seja, ao surgimento do Em-si. Nas palavras do filósofo, “nascimento, passado, contingência, necessidade de um ponto de vista, condição de fato de toda ação possível sobre o mundo: assim é o *corpo*, tal como é *para mim*” [grifos do autor] (Sartre, 1943/2012, p.413). O corpo é considerado uma estrutura permanente do ser e a possibilidade da consciência ser consciência do mundo e projeto transcendente rumo ao futuro. Tem-se, assim, a definição da *primeira dimensão ontológica do corpo* como revelação do modo como ele se dá para o Para-si como factidade (ter nascido em determinado país, determinada família, possuir algumas características físicas, pertencer à determinada cultura). O corpo como Ser-Para-si é nossa relação originária com as coisas, é a revelação de nossa relação com o mundo.

Porém, o corpo não existe só para mim, existe também para o outro, é-se **Corpo-Para-Outro**. De acordo com Sartre (1943/2012), não é o corpo que primeiro manifesta o Outro para mim. Se a relação fundamental entre o meu ser e o ser do Outro se centrasse na relação entre meu corpo e o corpo do Outro, existiria uma relação de pura exterioridade. O Outro existe para mim primeiro e capto-o como corpo depois, sendo que “a aparição do corpo do Outro, portanto, não é o encontro primeiro, mas, ao contrário, não passa de um episódio de minhas relações com o Outro, e, mais especialmente, do que denominamos objetivação do Outro” (p. 427). Considerando que não sou o Outro, seu corpo aparece como ponto de vista sobre o qual posso ter um ponto de vista, um instrumento que posso utilizar. O corpo do outro integra-se em meu mundo e indica meu corpo. A possibilidade que o outro tem de me conhecer se desvela no e por meu ser-objeto-para-Outro, sendo essa a estrutura essencial da relação com o outro.

O corpo do outro aparece para mim como o Em-si que transcendo rumo às minhas possibilidades e se revela por duas características contingentes: “está aqui e poderia estar em outro lugar” (Sartre, 1943/2012, p. 431). A primeira característica indica que o corpo é material e implica a disposição de coisas-utensílios; e a segunda característica torna explícita a primeira e revela que o corpo do outro é o fato da presença do outro em meu mundo como um ser-aí, que representa um ser-com-isto.

Para Sartre (1943/2012), o corpo do outro, quando o encontro, revela-se como objeto-para-mim; é, portanto, a facticidade da transcendência-transcendida, pois se refere a minha própria facticidade. Só capto o outro como corpo, se captar, simultaneamente, meu corpo

como o centro de referência indicado pelo Outro. Mas, igualmente, o corpo do Outro é dado a mim como centro de referência de uma situação que se organiza à sua volta, sendo inseparável desta situação, ou seja, o outro é para mim corpo-em-situação, não havendo corpo primeiro e depois ação. Isso quer dizer que sempre vejo o outro, ou o outro me vê, inserido em um contexto, como corpo de alguém em certa situação. Segundo Schneider (2002), “isso indica que o corpo do outro é sempre significante, remete a um sentido que transcende, indica o ser de alguém” (p. 186), é a totalidade das relações significantes com o mundo. Para perceber o corpo do outro é preciso partir daquilo que está fora dele, no espaço e no tempo, em direção a ele.

Quando percebo certas manifestações emocionais – ou os fenômenos denominados “expressão” – percebo-as como indissociáveis do corpo-do-outro. Essas manifestações não indicam uma reação vivida por algum psiquismo, indicam o próprio corpo. Quer dizer, é o corpo-em-situação que me dá a significação das ações do outro como uma totalidade sintética que posso chamar de ira, ódio, amor etc. Pode-se dizer que a pessoa não expressa raiva; ela é a raiva. Essas significações não remetem a um psiquismo misterioso; não se referem há um Para-além do corpo, mas se referem ao mundo e a si mesmas.

A percepção deve revelar o objeto espaço-temporal, o objeto tal como ele é; e as condutas expressivas se entregam originariamente à percepção como compreensíveis, seu sentido faz parte do seu ser, não sendo preciso recorrer a interpretações para compreendê-las. Assim, “o corpo do Outro é dado imediatamente a nós como aquilo que o Outro é” (Sartre, 1943/2012, p. 436). Santos (2011) esclarece que não há apreensão da subjetividade alheia que seja distinta de suas expressões corporais. Assim, o outro é me dado como totalidade sintética de sua vida e de sua ação. Por exemplo, ao observar um homem caminhando, compreende-se seu movimento a partir de um contexto espaço-temporal: está na rua, sempre no mesmo ritmo, dá passos largos e marcados. Esses dados indicam que o sujeito está a andar em um movimento que vai do futuro para o presente. O próprio andar é o presente, mas esse presente é um transcender rumo a um futuro de alguma coisa que anda.

Assim, de acordo com Sartre (1943/2012), capta-se “o outro como livre” (p. 440). A liberdade é uma qualidade objetiva do outro; e sendo livre, é capaz de modificar uma situação ou fazer com que uma situação exista. A liberdade do outro é transcendência-transcendida. Desse modo, o outro só pode ser compreendido a partir de uma situação perpetuamente modificada. Nas palavras de Sartre (1943/2012),

o corpo, sendo facticidade da transcendência-transcendida, é sempre corpo-que-indica-para-além de si, simultaneamente no espaço (é a situação) e no tempo (é a liberdade-objeto). [...] Assim, o corpo do outro é sempre ‘corpo-mais-do-que-corpo’, porque o Outro me é dado sem intermediário e completamente no transcender perpétuo de sua facticidade. Mas esse transcender não me remete a uma subjetividade: é o fato objetivo que o corpo – seja como organismo, caráter ou ferramenta – jamais me aparece sem *arredores* e deve ser determinado a partir desses arredores⁹ [grifos do autor] (p. 440).

Com isso, retorna-se à ideia de que o corpo do Outro não pode ser confundido com sua objetividade, pois a objetividade do Outro é sua transcendência-transcendida. O corpo é a facticidade dessa transcendência, embora, como menciona Sartre (1943/2012), “corporeidade e objetividade do outro são rigorosamente inseparáveis” (p. 441). Schneider (2002) menciona que “o outro é uma transcendência (posto que é um Para-si que se lança sempre para além do que é dado, da situação) transcendida (ainda que possa fazê-lo de objeto para mim). O corpo é facticidade dessa transcendência-transcendida” (p. 187), considerando que é por meio dele que eu estabeleço meu contato mais imediato com o outro.

Tem-se, assim, a definição da *segunda dimensão ontológica do corpo* como corpo-para-outro, que é o reconhecimento da utilização e do conhecimento do corpo pelo Outro, o que indica uma relação mútua, já que o Para-si também utiliza e, de certa forma, conhece o Outro, ainda que esse conhecimento seja devedor dos arredores de seu mundo, e não seja de fato um conhecimento pleno do corpo do outro, uma vez que o outro está sempre para além do processo de objetividade efetuado pelo Para-si.

Sartre (1943/2012) menciona que é por meio de nossa relação fundamental com o Outro que aparece a **terceira dimensão ontológica do corpo**: “enquanto *sou Para-Outro*, o Outro desvela-se a mim como sujeito para o qual sou objeto. [...] Portanto, existo para mim como conhecido pelo Outro – em particular, na minha própria facticidade. Existo para mim como conhecido pelo Outro a título de corpo” [grifos do autor] (p. 441).

Ao ser alcançado pelo Outro, por meio do olhar, experimento a revelação de meu ser-objeto, sinto-me alcançado em minha existência de fato, enquanto ser-aí-Para-outro, sendo que esse ser-aí é precisamente o corpo. Experimento esse Em-si que o olhar do outro me torna e pelo qual sou responsável, como fuga-para-o-Outro, como um “desmoronamento concreto

⁹ Os arredores são definidos pelas coisas-utensílios que me circundam, com seus coeficientes próprios de adversidade e utilidade. Ou seja, são as coisas que me impõem dificuldades ou facilidades para utilizá-las e para estabelecer seu caráter mediador entre mim e o mundo, sendo que a liberdade definirá o significado dessas dificuldades ou facilidades. Por exemplo: quero chegar de bicicleta à cidade vizinha o mais rápido possível. Esse projeto envolve meus fins pessoais e a adaptação dos meios para conseguir alcançar esse objetivo. No meio do caminho fura um pneu e o sol está forte. Esses fenômenos não previstos são os arredores e só se manifestam no e pelo meu projeto principal, isto é, por conta do meu projeto é que o sol se revela como calor propício ou incômodo; o pneu furado, como empecilho ou benefício (Sartre, 1943/2012).

de meu mundo” (Sartre, 1943/2012, p. 442), um esvaziamento do meu mundo rumo ao outro, e que o outro irá retomar em seu mundo.

Considerando a presença do outro como fato fundamental, meu corpo está-aí não somente como ponto de vista que sou, mas também como ponto de vista sobre o qual são adotados pontos de vista que nunca alcançarei, por isso “meu corpo escapa de mim por todo lado” (Sartre 1943/2012, p. 442). Desta forma, além de expressar minha facticidade, meu corpo também é dotado de uma dimensão que, por princípio, me escapa. Frente ao olhar do outro, “a objetividade de meu ser-aí é uma dimensão constante de minha facticidade; existo minha contingência enquanto a transcendo rumo a meus possíveis e ela me escapa sorratamente rumo ao irremediável” (Sartre 1943/2012, p. 442).

O Outro cumpre uma função que é vedada ao Para-si, ou seja, produzi-lo como Em-si, transformá-lo em objeto, o que permite ao Para-si se ver como é. Neste plano, entra em cena um importante elemento de mediação entre o Para-si e o outro: a linguagem. Enquanto um sistema de designações verbais, a linguagem é o elemento que permite a revelação do modo como o Para-si é visto pelo outro e é por meio dela que tentamos conhecer nosso ser, ou seja, “é por meio dos conceitos do Outro que conheço meu corpo. Mas segue-se daí que na própria reflexão adoto o ponto de vista do Outro sobre meu corpo; tento captá-lo como se eu fosse o Outro com relação a ele” (Sartre 1943/2012, p. 445).

É nesse plano ontológico, enquanto ser-aí-Para-outro, em que se estabelece a relação fundamental com o outro, ambos na experimentação de ser como horizonte, sendo outro para o outro e por meio do outro. Assim, temos uma relação concreta e, a partir dessa relação, nos apropriamos reflexivamente de ser Outro para o Outro. Fuck et al. (2012) mencionam que esta é uma outra maneira pela qual o outro apreende no plano da relação concreta meu corpo: “é-se outro perante o outro, e o outro é outro perante o eu” (p. 301). Assim, o outro alcança o sujeito sempre como projeto para o futuro, por exemplo: “o outro que observa digitando o texto observa um sujeito que se move *para*, ou sendo aquele que faz surgir letra a letra, palavra a palavra que não estavam aí, e que progressivamente irão constituir o texto que se projeta” (p. 301). Nesta relação estão implicados dois corpos concretos, corpo e consciência no meio do mundo, que não se reduzem à simples corpo para o Outro, pois ele me alcança como corpo em movimento para o futuro, situação na qual ambos transcendem para uma situação de reciprocidade.

Ao apresentar as dimensões ontológicas do corpo, Sartre (1943/2012) descreve a nossa relação fundamental com o Outro. Considerando que o Outro pode nos indicar o corpo que somos, não há possibilidade de estudar a corporeidade humana sem levar em conta essa

relação. Para o filósofo, conhecer a natureza do corpo é essencial para o estudo das relações entre meu ser e o ser do outro. Estas relações pressupõem a facticidade, ou seja, a existência como corpo no meio do mundo e o corpo constitui a significação dessas relações.

Olhar o corpo, a partir do pensamento existencialista de Sartre, permite compreender que o corpo humano está implicado à consciência e, ao mesmo tempo, a consciência ao corpo, sem separações ou compreensões dicotômicas. Apreende-se o ser de forma integrada, pois ao invés de partir de estruturas tal como consciência e corpo, considerando-as estruturas com leis próprias, considera-se o fenômeno “ser-no-mundo”. Não há mundo sem homem; nem mundo sem consciência. O homem é corpo e consciência de ser corpo. O corpo traduz-se como nossa própria vivência corporal no mundo, e assim, “sendo corpo e consciência, ao mesmo tempo, o sujeito é objetividade (pois é corpo) e subjetividade (pois é consciência), não podendo ser reduzido a nenhuma destas duas dimensões” (Maheire, 2002, p. 35). O ser aparece como produto das relações do corpo e consciência com o mundo. Nas palavras do filósofo,

O Para-si deve ser todo inteiro corpo e todo inteiro consciência: não poderia ser *unido* a um corpo. Similarmente, o ser-Para-outro é todo inteiro corpo; não há aqui ‘fenômenos psíquicos’ a serem unidos a um corpo; nada há *detrás* do corpo. Mas o corpo é todo inteiro ‘psíquico’ [grifos do autor] (Sartre, 1943/2012, p. 388).

Para o filósofo não é necessário se apropriar primeiro de um corpo para depois buscar uma forma de captar o mundo através dele. O corpo manifesta a individualidade de nossa relação com os objetos, com os outros, com a materialidade, é a nossa primeira relação com mundo e está presente em todas as ações. Assim, ao realizar algo no mundo, eu e meu corpo somos a mesma coisa. Não significa que o espaço psíquico esteja unido ao corpo, mas sim que o corpo é a sua substância e possibilidade de ser.

Para Sartre (1943/2012), o corpo do outro é apresentado a mim como referência de uma situação que se organiza ao seu redor, não sendo possível separá-lo desta situação: o outro é-me dado como corpo em situação, o que significa dizer que há um contexto presente. É o corpo-em-situação que me dá a significação das ações do outro como uma totalidade. As condutas expressivas fazem parte do ser, desta forma, não é preciso recorrer a interpretações para compreendê-las. Para perceber o corpo do outro é preciso partir daquilo que está fora dele, em um contexto espaço-temporal, e em direção a ele.

Fuck et al. (2012) mencionam que a consciência que se tem do Outro é consciência de outro sujeito, não é consciência de um objeto, pois o outro em seu movimento imediato se impõe como sendo um objeto-sujeito ou corpo-sujeito, em um determinado contexto e

situação. As relações com os outros são concretas, e é dentro de uma atmosfera antropológica que acontece nosso confronto de ser com o outro. No entanto, os autores esclarecem que, de fato, é possível observar o outro abstratamente, como, por exemplo, um médico oftalmologista faz com seu paciente ao analisar seus olhos. No entanto, nesta situação, apesar de se tratar de uma relação efetiva, não é uma relação de reciprocidade, pois o “eu” não está em uma relação de ser a ser com o outro; está em uma relação de sujeito-objeto, sendo que “os olhos são objetos a serem examinados pelo oftalmologista” (p. 319).

Com essas reflexões pretende-se salientar alguns elementos essenciais da contribuição de Sartre para o estudo do Corpo, o que auxilia na compreensão do ser criança agitada, hiperativa, apreendendo-a enquanto ser-no-mundo, situada sempre em um contexto espaço-temporal, o que é essencial na compreensão do seu modo de ser. Assim, torna-se possível adentrar mais diretamente à temática principal desta pesquisa e discutir as vivências das mães de crianças diagnosticadas com TDAH que recebem tratamento medicamentoso. Desta forma, dando continuidade às etapas deste trabalho, no próximo capítulo será apresentada a metodologia adotada nesta pesquisa.

3 O TRILHAR DA PESQUISA

Como mencionado na introdução, esta pesquisa se orientou pelo método fenomenológico, o qual se apresenta à Psicologia como um recurso apropriado para pesquisar vivências e compreender como o homem significa a si e ao mundo (Forghieri, 2004). Assim sendo, este método se mostrou coerente para a realização desta pesquisa como caminho para compreender os sentidos do diagnóstico do TDAH e do tratamento medicamentoso para mães que vivenciam essa realidade. Para tanto, serão apresentadas neste capítulo as principais ideias da fenomenologia, as quais contribuíram para a realização deste estudo.

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

De acordo com Bruns (2003), a fenomenologia, enquanto corrente filosófica contemporânea, surgiu no final do século XIX com Franz Brentano (1838-1917), mas apenas no século XX, com Husserl (1839-1938), enfrentou as inquietações da época: os fenômenos objetivos, estudados pelo método experimental; e os fenômenos subjetivos da consciência, questionados pela filosofia. Partindo destas buscas, Husserl retomou o conceito de intencionalidade utilizado por Brentano, o que permitiu o enfrentamento da *corrente racionalista*, que priorizava o valor da razão e do intelecto no processo de conhecimento e teve como principal expoente René Descartes (1596-1650); e da *corrente empirista*, representada por Francis Bacon (1561-1626) que valorizava a experiência sensível do objeto conhecido por meio dos sentidos.

A fenomenologia considera a indissociação de sujeito e objeto na vivência da experiência intencional, ou seja, não há consciência desvinculada de um mundo a ser percebido e não há mundo sem uma consciência que o perceba. Desta forma, não há consciência pura, contrapondo os racionalistas, pois toda consciência tende para o mundo; e não há objeto isolado de uma consciência que o perceba, como afirmam os empiristas. A fenomenologia criticou também o *naturalismo*, presente na Filosofia e na Psicologia, por considerar fatos psíquicos como fatos naturais, ou seja, em condições de laboratório, os seres e os acontecimentos poderiam ser submetidos a observações controláveis, sendo que os resultados obtidos neste processo poderiam ser repetidos e medidos em outros ambientes, desde que respeitadas as mesmas condições de controle. No entanto, esta característica do método experimental não terá validade quando o objeto de estudo for o homem, uma vez que este é constituído do subjetivo (Bruns, 2003).

De acordo com Forghieri (2004), Husserl apresenta a fenomenologia como o único método para chegar a verdades apodícticas e evidentes. Ele buscava realizar uma filosofia do “retorno às coisas mesmas”, considerando-as como ponto de partida do conhecimento. No entanto, a “coisa mesma” não é considerada como uma realidade existindo em si, mas como fenômeno, que integra a consciência e o objeto, unidos no próprio ato de significação.

Para facilitar a compreensão, convém explicar que o termo fenômeno vem da expressão grega *faínomenon* derivada da palavra *faínestai* que significa mostrar-se a si mesmo. Já *Faínestai* é a forma reduzida da expressão *faíno* que corresponde àquilo que se pode trazer à luz do dia. Em outras palavras, fenômeno é aquilo que pode ser visível ou percebido em si mesmo, é tudo aquilo que pode mostrar-se a si mesmo em um determinado contexto. No entanto, uma entidade pode mostrar-se a si mesma de diferentes formas, dependendo do acesso que se tem a ela (Martins & Bicudo, 1994).

De acordo com Castro e Gomes (2011), o intento da fenomenologia husserliana foi o de promover uma análise do movimento intencional da consciência. O filósofo procurou compreender a consciência como propriedade ontológica do ser, inseparável da vivência do real. Desta forma, a consciência é sempre intencional, está voltada para um objeto, enquanto este é sempre objeto para uma consciência, ou seja, a consciência é sempre consciência de alguma coisa. Sua investigação estará voltada para as correlações possíveis entre ato intencional, significação e objetos da consciência, sem se basear em teorias preestabelecidas sobre uma natureza psicofísica da consciência. Forghieri (2004) esclarece que a intencionalidade é o ato de atribuir um sentido, ela unifica a consciência e o objeto, o sujeito e o mundo.

A redução fenomenológica é o caminho utilizado para chegar à essência do fenômeno, tornando-o compreensível. Para isso é preciso que ocorra uma mudança da "atitude natural" para a "atitude fenomenológica". Essa mudança torna possível a visualização do mundo do sujeito como fenômeno “ou como constituinte de uma totalidade, no seio da qual o mundo e o sujeito revelam-se, reciprocamente, como significações” (Forghieri, 2004, p.15). Ao superar os preconceitos e convicções próprias para compreender algo como realmente é, em sua essência, verifica-se a passagem da atitude natural para a fenomenológica (Forghieri, 2004; Holanda, 2003). Desse modo, é preciso suspender, colocar entre parênteses, fora de ação “[...] a nossa fé na existência do mundo em si e todos os preconceitos e teorias das ciências da natureza dela decorrentes” (Forghieri, 2004, p. 15).

A análise da intencionalidade da consciência, como queria Husserl por meio do método fenomenológico, procurava contemplar a relação significada e idiosincrática entre sujeito e mundo. Este processo envolve dois níveis: a *intuição*, processo pelo qual se apreende

um objeto, solicitando uma variação imaginativa sobre as possibilidades deste fenômeno; e a *reflexão*, processo sistematizado e comunicativo da apreensão imediata. A ciência, para o filósofo, deveria se estabelecer na descrição do retorno reflexivo e intuitivo intencionais às essências constituintes do aparecimento dos fenômenos à consciência (Castro & Gomes, 2011).

De acordo com Forghieri (2004), a fenomenologia de Husserl contribuiu para a possibilidade de se estabelecer relações entre a filosofia e a psicologia, pois, mesmo que o filósofo buscasse chegar ao fundamento do próprio conhecimento, ele tomou como ponto de partida o mundo vivido. Como esclarece a autora, “a reflexão fenomenológica caminha em direção ao ‘mundo da vida’, ao mundo da vivência cotidiana imediata, no qual todos nós vivemos, temos aspirações e agimos” (p. 18).

Desta forma, com a fenomenologia, a psicologia passa a não manter o foco apenas em estudos do comportamento observável e controlável, passa a investigar as vivências e os significados que o sujeito lhes atribui, voltando a atenção para a relação sujeito-objeto-mundo. Ao considerar a não dicotomização sujeito-objeto, o homem é concebido em uma perspectiva dialética, não existindo separadamente do mundo, pois a existência de um envolve a do outro (Bruns, 2003).

A partir desta perspectiva, o olhar do pesquisador se dirige para a busca da compreensão do fenômeno, considerando que o homem é sujeito e objeto do conhecimento e vivencia intencionalmente sua existência, podendo atribuir-lhe sentido e significado. Não há um ser escondido, uma única realidade, objetiva e neutra, atrás das aparências do fenômeno. Por intermédio da redução fenomenológica é possível retornar ao mundo da experiência original e compreender determinado fenômeno que se mostra interessante para o pesquisador. Não se propõe uma atitude de neutralidade, mas uma postura intencional em relação a um determinado fenômeno. Como clarifica Bruns (2003):

Essa postura evidencia que os fenômenos sociais, culturais, ecológicos e psicológicos não existem em ‘si mesmos’ como realidades ‘neutras’ e ‘objetivas’ mas para uma consciência que lhes atribui significados, os quais envolvem a percepção que a pessoa possui de si mesma, sua relação com os outros e com o mundo num determinado momento histórico (p. 73).

De acordo com Castro e Gomes (2011), a psicologia empírica de base fenomenológica, herdou postulados da fenomenologia de Husserl, tais como o cuidado descritivo dos fenômenos, a redução fenomenológica e a procura por essências. O seu

processo envolve um retorno à experiência para obter descrições compreensivas que servirão de base para uma análise reflexiva. O autor Amedeo Giorgi tem sido considerado um importante representante do método fenomenológico na psicologia (Andrade & Holanda, 2010; Castro & Gomes, 2011; Holanda, 2006). Sua proposta lida com as descrições de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas em relação a um determinado fenômeno seguindo quatro passos, os quais serão apresentados a seguir.

O primeiro passo corresponde a uma leitura cuidadosa do material obtido em uma situação de pesquisa a fim de alcançar *o sentido geral do conteúdo (1)* expresso por um participante. Após apreender o sentido do todo, o pesquisador faz a releitura do texto, com o objetivo de *discriminar as unidades de sentido, definidas com base no contexto geral de enunciação do texto (2)*. As discriminações são espontaneamente percebidas dentre as descrições do sujeito e são alcançadas quando o pesquisador assume uma atitude psicológica em relação à descrição concreta. Nesse momento, a linguagem do sujeito quase não é mudada. O contexto da descoberta da pesquisa é constituído na relação. Assim, as unidades significativas não existem no texto, mas apenas em relação à atitude e perspectiva do pesquisador.

O terceiro passo é caracterizado pela *transformação do enunciado vivencial do participante em linguagem psicológica, conforme a perspectiva adotada pelo pesquisador (3)*. É possível alcançar esse objetivo por meio de uma ampla interrogação do texto, com o intuito de verificar o que exatamente o narrador desejou expressar. Uma vez que as unidades significativas foram delineadas, o pesquisador busca expressar o sentido psicológico nelas contido, com o propósito de chegar às categorias ou temas de expressão concreta dos sujeitos. E, por fim, o pesquisador propõe que se sintetizem todas as unidades significativas transformadas em uma declaração consistente da significação psicológica dos fenômenos observados em relação à experiência do sujeito e denomina essa *síntese de estrutura da experiência (4)*. Para tanto, o pesquisador deve reagrupar os constitutivos relevantes para chegar a uma análise da estrutura do fenômeno. É importante que todas as unidades de significado transformadas estejam, pelo menos implicitamente, contidas na descrição geral. A estrutura da experiência deve, então, ser comunicada a outros pesquisadores com o propósito de confirmação ou de crítica.

Martins e Bicudo (1994) apresentam a análise da estrutura do fenômeno situado como uma das possibilidades da pesquisa de base fenomenológica. Também orientados pelas ideias fundamentais da fenomenologia, esse método contém quatro momentos que se expressam do seguinte modo: leitura da descrição, entrevista ou relato, sem qualquer interpretação do que

está exposto. Esta leitura visa *alcançar um fim geral de todas as afirmações (1); discriminar unidades de significado dentro de uma perspectiva psicológica, após a releitura do texto (2); transformar as expressões cotidianas dos sujeitos em linguagem psicológica, num discurso mais próprio da área na qual a pesquisa se insere (3); e, no último e quarto momento, sintetizar todas as unidades de significado transformadas em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno (4).*

De acordo com Martins e Bicudo (1994), neste último momento da análise, denominada “*análise nomotética*”, a investigação dos individuais, feita pelo estudo e seleção das unidades de significado e posterior formação das categorias abertas, é ultrapassada pela esfera do geral. Busca-se “uma compreensão dos diversos casos individuais como exemplos de algo mais geral e a articulação desses casos individuais,... em algo mais geral” (p. 106). A análise nomotética é feita com base na análise das divergências e convergências expressas pelas unidades de significado, estando vinculada a interpretações que o pesquisador faz para obter cada uma dessas convergências ou divergências. Nesta etapa se constituem os aspectos essenciais da estrutura compreensiva geral do fenômeno.

A última parte da pesquisa representa a aproximação entre teoria e prática, ou seja, entre os elementos teóricos e a pesquisa empírica. Deve-se chegar aos aspectos essenciais da experiência e, considerando que a essência é vivencial, a resposta à pergunta não é um fechamento, mas uma abertura a novas possibilidades de vivências. A pesquisa fenomenológica deve partir do fenômeno sob o ponto de vista do sujeito e sob uma forma específica de contato, deve buscar as essências para uma consciência vivencial (Holanda, 2003).

Durante a coleta de informações (os depoimentos) e a análise o pesquisador procura manter a postura fenomenológica, ou seja, colocar em suspensão tudo o que conhece e pensa a respeito do fenômeno. Porém, ao final da construção dos resultados, o pesquisador coloca-se como participante do estudo ao analisar o que significou para ele a trajetória percorrida, o desvelamento desse novo horizonte no qual ele se situa após o desenvolvimento da pesquisa. Representa a evolução do seu próprio conhecimento na relação com os sujeitos da pesquisa, com os autores trazidos à discussão, com a sua própria experiência, antes e durante a investigação.

De acordo com Amatuzzi (2003), em uma pesquisa fenomenológica, não há sujeitos que apresentam informações, mas colaboradores, que juntamente com o pesquisador tratam de um determinado assunto. Parte-se do pressuposto de que o colaborador é quem melhor sabe de sua experiência, ao passo que o pesquisador se propõe a aprender com quem já vivenciou

ou vivencia a experiência sobre a qual ele quer aprimorar seus conhecimentos. Nessa troca, ambos saem transformados.

Entende-se, então, que a pesquisa fenomenológica busca desvelar os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida, significados esses que se revelam a partir das descrições realizadas por esses mesmos sujeitos. A descrição/narrativa da experiência por quem vivencia um fenômeno é o caminho para a sua compreensão e a linguagem é uma das formas que se abre para essa compreensão. Por isso, a fala e a narrativa descritiva das experiências vivenciadas pelos colaboradores são importantes e significativas.

A pesquisa fenomenológica está dirigida para significados, ou seja, para expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo pesquisado, as quais são expressas pelo próprio sujeito que as percebe [...] ele não está interessado apenas nos dados coletados, mas nos significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados/observados (Martins & Bicudo, 1994, p. 97).

A tarefa é desvelar e tornar explícita a constituição dos acontecimentos de vida diária e, para tanto, é preciso situar-se diante dos fenômenos de forma que estes se mostrem na sua própria linguagem. A fala é um dos meios através do qual o humano se expressa na sua maneira de existir: ao ouvir a fala de alguém, escuta-se também emissões da existência desse ser e os significados são revelados (Martins & Bicudo, 1994). A experiência do vivido somente pode ser alcançada pelo próprio sujeito de forma imediata, pois o sentido é particular para quem o vive e está ligado à forma da pessoa existir no mundo (Forghieri, 2004).

Amatuzzi (2003) esclarece que a pesquisa fenomenológica “[...] pretende dar conta do que acontece, pelo clareamento do fenômeno. Não pretende verificar, mas construir a compreensão de algo. Se o fizer a partir da experiência comum, teremos a pesquisa fenomenológica no sentido mais filosófico do termo” (p. 19). Considerando esta citação, pretendo a princípio, compreender o fenômeno “o diagnóstico do TDAH e a medicação” para os pais de crianças que vivenciam esta situação. Não busco apenas pesquisar sobre o diagnóstico do TDAH, mas compreender a vivência de pessoas que convivem com ele, considerando que compreender é “tomar o objeto a ser compreendido na sua intenção total, não apenas naquilo que as coisas são na sua representação,... é ver o modo peculiar, específico e único de o objeto existir” (Martins & Bicudo, 1994, p. 76).

Assim, procuro por meio do método fenomenológico captar o desvelamento do fenômeno, alcançar uma compreensão do vivido através de uma descrição direta da

experiência do fenômeno, compreendendo os sentidos atribuídos ao diagnóstico do TDAH e ao tratamento medicamentoso pelos pais de crianças diagnosticadas.

3.2 PROCEDIMENTOS

De acordo com Amatuzzi (2003), para uma análise fenomenológica o melhor relato é aquele que procura tornar presente a experiência vivida. Uma das maneiras de fazer isso é esclarecer ao colaborador sobre o que se está pesquisando e o que ele pode dizer sobre isso a partir de sua experiência. Assim, para acessar as vivências das mães iniciei a entrevista mencionando: *“Estou pesquisando sobre o diagnóstico do TDAH e o seu tratamento medicamentoso; o que você pode dizer-me sobre isso a partir de sua experiência pessoal?”*. Esta questão norteadora possibilitou que as mães de crianças diagnosticadas com TDAH e medicadas falassem do mundo vivido por elas, de forma a mostrar suas experiências cotidianas, como convivem com o diagnóstico e respectivo tratamento medicamentoso, e como lidam com a criança, de acordo com suas vivências. Outras perguntas foram realizadas no decorrer do diálogo para aprofundar, esclarecer ou estender conteúdos trazidos, conforme apresentado no Apêndice 1.

Para não perder o conteúdo da fala das colaboradoras, as entrevistas foram gravadas (com prévia autorização de cada uma) e, após a conclusão dos estudos, descartadas. As entrevistas foram transcritas na íntegra e constituíram fonte de informação para uma análise compreensiva na perspectiva fenomenológica acerca do objeto de pesquisa. Assim, foram identificados, através da redução fenomenológica, os sentidos atribuídos pelas entrevistadas à questão norteadora. Desta forma, buscou-se voltar a atenção para a experiência e vivência do fenômeno. O ponto de partida foi o mundo vivido pelas mães na sua expressão mais singular, o que permitiu que estas se mostrassem por si mesmas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, tendo sido aprovado em todos os seus aspectos éticos pelo parecer nº 996.437, 23 de março de 2015 (Anexo 1). Como parte do compromisso ético, foi apresentado às colaboradoras o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelo qual foram explicados os objetivos e a importância da pesquisa, bem como o comprometimento do pesquisador em oferecer qualquer tipo de ajuda psicológica caso houvesse algum desconforto durante a entrevista (Apêndice 2).

3.3 COLABORADORAS DE PESQUISA

Foram realizadas entrevistas com sete mães de crianças que receberam o diagnóstico de TDAH e realizam e/ou realizaram tratamento medicamentoso. As colaboradoras foram indicadas por colegas de profissão (psicólogos e psicopedagogos) que atendem crianças com este perfil e também por indicação de pessoas próximas que conheciam pais de crianças em tratamento. Após estas indicações, entrei em contato com as possíveis colaboradoras, esclareci o objetivo da minha pesquisa, assegurei-lhes o sigilo das informações e expliquei como e onde poderíamos realizar a entrevista.

As entrevistas foram realizadas nas residências das colaboradoras ou no local de trabalho da pesquisadora (clínica de psicologia particular), de acordo com a escolha de cada uma. No dia e hora combinados previamente, os objetivos da pesquisa foram retomados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado e assinado pela colaboradora e pela pesquisadora, visando registrar o conhecimento sobre a pesquisa e os direitos da participante. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos e foram realizadas no decorrer do mês de novembro de 2015.

Segundo a metodologia adotada para a pesquisa, o número de entrevistados não é determinado de acordo com a relevância estatística, mas pelos conteúdos trazidos nas entrevistas. Assim, quando os conteúdos começaram a se repetir e se mostraram saturados, não foram convidados novos colaboradores.

No momento de seleção, foi considerada a idade da criança no início do diagnóstico e do tratamento medicamentoso. A faixa etária das crianças variou de 5 a 10 anos. Embora tenham sido entrevistadas duas mães de filhos adolescentes (ambos de 15 anos), estes começaram o tratamento na infância, com 10 anos. Todas as crianças realizavam ou haviam realizado tratamento com o metilfenidato. Das sete crianças, cinco estudavam em instituição pública e duas em instituição particular. A maioria das mães entrevistadas havia concluído o Ensino Médio (sendo que duas delas concluíram o Ensino Superior e uma interrompeu os estudos após concluir o Ensino Fundamental).

Mesmo convidando os pais (mães e pais) das crianças, todos os colaboradores eram mulheres, mães de crianças diagnosticadas. Sendo assim, nenhum homem/pai foi entrevistado, conforme já assinalado. A seguir, será apresentado um quadro com informações das colaboradoras.

Quadro 2

Caracterização do perfil social dos colaboradoras da pesquisa* e informações sobre o tratamento dos seus filhos.

Nome	Idade	Escolaridade	Idade do filho no início do tratamento	Instituição de Ensino do filho
Joana	49 anos	Ensino Médio	5 anos	Pública
Sara	50 anos	Ensino Fundamental	10 anos	Pública
Lara	35 anos	Ensino Médio	8 anos	Particular
Ana	47 anos	Ensino Superior	9 anos	Pública
Aline	30 anos	Ensino Superior	10 anos	Particular
Amanda	32 anos	Ensino Médio	7 anos	Pública
Jessica	33 anos	Ensino Médio	5 anos	Pública

* Nomes fictícios para preservar a identidade das colaboradoras.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após as transcrições das entrevistas de forma literal, os discursos das colaboradoras foram analisados de acordo com as prescrições de Amadeo Giorgi e conforme descrição de Martins e Bicudo (1994), relatadas no capítulo sobre a metodologia adotada, as quais serão apresentadas a seguir:

1º) Leitura das entrevistas com o propósito de se obter uma percepção do *sentido geral* do conteúdo, buscando apreender os significados e os temas mais relevantes. Busquei adentrar na vivência da pessoa a fim de poder captá-la conforme sua própria experiência;

2º) Releitura das entrevistas visando encontrar as *unidades de significado*, ou seja, os elementos significativos relatados pela pessoa;

3º) A partir da compreensão de cada unidade de significado, descrevi a essência da vivência de cada colaboradora, visando a *transformação das expressões cotidianas das colaboradoras em linguagem psicológica*;

4º) Articulação das unidades de significado numa síntese geral, visando uma *compreensão geral do fenômeno*. Nesta parte, realizei um diálogo dos sentidos apreendidos com a revisão bibliográfica e os pressupostos filosóficos do existencialismo apresentados na fundamentação teórica.

4 AS VIVÊNCIAS DAS MÃES

Neste capítulo serão apresentados os dados levantados junto às colaboradoras da pesquisa sobre suas vivências com o diagnóstico do TDAH e o tratamento medicamentoso de seus filhos. A seguir, apresenta-se uma síntese da história de cada colaboradora como forma de aproximá-las do leitor.

JOANA, 49 anos, concluiu o Ensino Médio e atualmente trabalha como auxiliar de produção em um frigorífico, no período da noite. Tem um filho de 8 anos, que está no 3º ano do Ensino Fundamental e estuda numa escola municipal. *Ele foi diagnosticado com TDAH aos 5 anos.* Desde então a mãe dá um comprimido de metilfenidato de 10mg por dia para ele, *antes de ir para aula.* Joana não é casada, mas mantém um relacionamento afetivo com o pai de seu filho, Vagner, de 53 anos, que é trabalhador autônomo. Eles não vivem na mesma residência, porém ele ajuda Joana com as despesas da casa e com o filho. Quando Joana sai para trabalhar quem cuida de seu filho é sua mãe, de 72 anos. Ela foi indicada por uma colega de trabalho e aceitou participar solícitamente da pesquisa. A entrevista foi realizada em sua casa, no dia e horário que ela mesma sugeriu.

SARA, 50 anos, estudou pouco e não chegou a concluir o Ensino Fundamental. Atualmente não trabalha, está afastada e recebe benefício devido a problemas de saúde. Ela tem três filhos. Um deles tem 30 anos e não mora mais com ela. Os outros dois mais novos, *Gabriel (15 anos)* e *Fábio (12 anos)* vivem com ela e seu companheiro, o qual não é o pai de seus filhos. *Gabriel foi diagnosticado com TDAH quando tinha 10 anos de idade.* Atualmente estuda em um colégio estadual, tem 15 anos e está no 7º ano. Ele toma um comprimido de 10 mg de metilfenidato *antes de ir para a aula no período da manhã.* Ele mesmo já toma sozinho o medicamento. Sara foi indicada por uma colega de trabalho e se mostrou solícita para participar da pesquisa desde o primeiro momento. A entrevista foi realizada em sua casa, no dia e horário sugeridos por ela.

LARA, 35 anos, concluiu o Ensino Médio e é empresária. É casada com João, 50 anos, que também é empresário. Eles têm apenas um filho juntos, *Gustavo, de 11 anos*. João tem um filho mais velho de outro relacionamento, de 26 anos, que também mora junto com eles. Gustavo tem um bom relacionamento com este irmão. Ele *foi diagnosticado com TDAH quando tinha 8 anos*. Desde então, recebe tratamento medicamentoso, 10 mg de metilfenidato, *antes de ir para a escola, no período da tarde*. Ele estuda em um colégio particular e está cursando o 5º ano. Lara foi indicada por uma pessoa que conhecia sua história e a de seu filho. Participou solícitamente da entrevista e contribuiu com suas vivências. Compareceu no local de trabalho da pesquisadora, no dia e horário combinados.

ANA, 47 anos, é formada em Ciências Econômicas e atualmente trabalha em uma empresa da área de saúde como representante comercial. É casada com José, de 49 anos, que concluiu Ensino Médio e trabalha como operador de máquinas. Juntos têm duas filhas, uma de 16 anos; e *Bruna, de 11 anos*. *A mais nova foi diagnosticada com TDAH aos 9 anos* e, desde então, toma dois comprimidos de 10 mg – *um antes de ir para a escola, de manhã; e outro no período da tarde*. Bruna estuda em escola municipal. Quem indicou Ana para participar da pesquisa foi a psicopedagoga de sua filha. Desde o primeiro contato, Ana se mostrou participativa e estimulada a contribuir com a pesquisa. No dia e horário agendados previamente, ela compareceu no local de trabalho da pesquisadora e relatou sua vivência.

ALINE, 30 anos, formada em Letras e é professora do Ensino Fundamental em um colégio particular. Aline é casada com Fernando, 30 anos, formado em Biologia e também é professor do Ensino Fundamental e Médio em outro colégio particular. O casal tem um filho de 9 anos juntos. Além deste filho, Aline tem mais um filho, *Frederico, de 14 anos*. Ele não é filho de Fernando, mas convivem como pai e filho. Frederico está no primeiro ano do Ensino Médio e estuda em colégio particular. *Ele foi diagnosticado com TDAH quando tinha 10 anos e fez o tratamento medicamentoso durante quatro anos*. Neste período, ele tomava *1 comprimido e meio de 10mg de metilfenidato no período da manhã, antes de ir para aula*. Interrompeu o tratamento há seis meses. Aline foi indicada por uma profissional da área que conhecia sua história. Mostrou-se participativa e acolhedora desde o início. A entrevista foi realizada em sua casa, no dia e horário que ela mesma sugeriu.

AMANDA, 32 anos, concluiu o Ensino Médio e atualmente não está trabalhando. É casada com Carlos, 36 anos, que terminou o Ensino Fundamental e trabalha como pedreiro. O casal tem dois filhos: *Cesar, 9 anos*; e um mais novo, 6 anos. O filho mais velho *foi diagnosticado com TDAH quando tinha 7 anos* e desde então realiza tratamento medicamentoso. Cesar toma *um comprimido de 10mg de manhã, antes de ir para a escola*. Ele estuda em colégio público próximo à sua casa. Quem indicou Amanda para participar da pesquisa foi a psicopedagoga de seu filho. Desde o primeiro contato, ela se mostrou participativa e com desejo de contribuir com a pesquisa. A entrevista foi realizada em sua residência.

JÉSSICA, de 33 anos, concluiu o Ensino Médio e, atualmente, é atendente de caixa em um supermercado. Seu marido também concluiu o Ensino Médio e fez um curso técnico em sistema de informação e trabalha nesta área. Moram juntos e têm apenas um filho, um *menino de 9 anos*, que está no 4º ano e estuda em uma escola municipal. *Ele foi diagnosticado com TDAH aos 5 anos, na época que estava na pré-escola*. Fez tratamento com metilfenidato até o final do ano de 2015, ou seja, *realizou tratamento medicamentoso por 4 anos*. Ele tomava *um comprimido por dia de 10mg antes de ir para a escola*. Ela decidiu interromper o tratamento quando mudaram de cidade e, conseqüentemente, de escola, de equipe pedagógica e de médico. Jéssica foi indicada por uma colega para participar da pesquisa e desde o primeiro momento se mostrou solícita. Compareceu no local de trabalho da pesquisadora e contou sua vivência com o diagnóstico do TDAH de seu filho.

Ao entrar em contato com as colaboradoras, foi possível perceber que ali se encontravam mães de crianças diagnosticadas TDAH que, de certa forma, ainda estavam na busca por compreensão da situação de seus filhos e sobre “*o que seria realmente esse transtorno*”. Ao contar sobre suas vivências, explicaram como foi a percepção dos primeiros sinais que as fizeram se preocupar e a se questionar sobre a possibilidade de um possível problema com seus filhos. Contaram como foi realizado o diagnóstico, como foi recebê-lo e como as escolas influenciaram na busca por ajuda externa, indicando a necessidade de procurar um especialista da área médica. Relataram sua experiência ante a medicação de seus filhos, seus efeitos e melhoras. Também trouxeram dúvidas sobre a necessidade de medicar, tendo em vista seus próprios princípios ou o discurso de familiares e conhecidos. Falaram

também sobre ser mãe de uma criança diagnosticada com TDAH e relataram suas experiências sobre o cuidar, bem como suas dificuldades em fazê-lo.

Conforme previsto na metodologia, após entrar em contato com um sentido geral das entrevistas, trabalhei com as narrativas procurando identificar as unidades de significados que revelassem a essência do fenômeno para, então, apresentá-las de forma estruturada, conforme farei a seguir: *a percepção dos sinais preocupantes; a compreensão da escola; a compreensão dos profissionais da saúde; o tratamento medicamentoso e seus efeitos; a compreensão da mãe; e, por fim, o cuidado.*

4.1 A PERCEPÇÃO DOS SINAIS PREOCUPANTES

Todas as mães trouxeram em seus relatos que em um determinado momento começaram a observar alguns sinais de que algo não estava indo bem com seus filhos. A maioria descreveu situações de inquietude, dificuldade no aprendizado e desatenção como características dos filhos.

Algumas trouxeram como principais características a **inquietude** e a **agitação**. Relataram suas vivências como mães de crianças que não param, mexem em tudo e estão sempre em movimento, que são **desatentas, relapsas, desorganizadas, impacientes**. Algumas disseram que, muitas vezes, seus filhos apresentavam um comportamento diferenciado fora do ambiente doméstico.

Ele senta no sofá e vira pra lá e vira pra cá; *mexe em uma coisa, mexe em outra*, ele é assim. E na escola, no começo, ele não parava sentado na cadeira, saía da carteira dele, atrapalhava os amiguinhos. [...] Quando a gente sai, ele não para sentado perto da gente. Se a gente sai para um restaurante, para uma lanchonete, ele não fica sentado com a gente na mesa, *não tem paciência, mexe em uma coisa, mexe na outra.* (Joana)

Ele é *relapso, desorganizado*, não mantém uma rotina, embora eu pare todos os dias às duas horas e chame-o para estudar. *Ele não para, fica enrolando, enrolando.* (Aline)

Ele sempre foi “desinquieta”, né? Sempre não... Quando ele era bebê ele era normal, sentava e assistia um desenho inteirinho. [...] Mas ele é assim... Ele não tem paciência de ficar ali assistindo um desenho, só se chamar muito a atenção dele. [...] Mas fica assim... Assiste uma parte, aí ele vai no meu quarto, no banheiro, vai lá fora, ele vai para tudo quanto é lugar. Mas ele não fica lá o tempo inteiro assistindo. Só que eu sei que ele não tem parada, isso eu sei. Toda hora ele está agitado. (Amanda)

Meu filho era *uma criança muito agitada*, com 3, 4, 5 anos ele corria muito dentro dos ônibus, ia à casa das pessoas *e mexia em tudo*. Eu até evitava ir à casa das pessoas, pois ele era muito agitado. (Jéssica)

Algumas mães, embora tenham relatado situações de inquietude de seus filhos, também utilizaram a expressão “*come quieto*”, para explicar que quando o filho fica sem se manifestar por um período é provável que ele esteja fazendo algo que não quer que os outros percebam.

Dizem que hiperativo é aquela criança agitada. Mas ele não é só isso. Ele “*come quieto*”, bebe quieto e faz tudo “debaixo do pano”. Ele fica no canto dele. Mas se está muito quieto, eu fico observando porque alguma coisa ele está aprontando. Ele pega alguma coisa, por exemplo, isso daqui (que era o gravador), *ele mexe, mexe e mexe até isso daqui desmontar*. (Sara)

Em casa quando ele está muito quieto é para desconfiar, porque está fazendo alguma arte. Ele é “*come quieto*”. Ele vai manipulando até conseguir o que ele quer. (Aline)

As colaboradoras relataram que é comum fazer **comparações** de seus filhos com outras crianças (colegas de escola, primos, irmãos) tentando encontrar o que seria considerado “normal”, visando compreender os sinais preocupantes. Frente ao desconhecido, as mães tendem a comparar seus filhos com outras pessoas.

A gente vê as crianças agitadas, mas eu não tinha convivido com ninguém perto que tinha hiperatividade. *O meu sobrinho não era assim não*. (Joana)

Eu não tinha também nenhuma experiência, não sabia como que a criança tinha que se desenvolver. Eu levava para a escola e pronto. Ele voltava com os desenhinhos dele e eu achava que era normal. Agora, hoje em dia eu vejo, *comparando com a minha sobrinha...* Ela tem três anos e já sabe tudo. Sabe cor, fala um pouquinho inglês... E meu filho demorou muito tempo. (Lara)

E daí na época da creche, *eu comecei a comparar ela com a outra filha*. Minha filha mais velha tinha que fazer o pré I, pré II e pré III, mas na época ela pulou o pré II porque ela era muito esperta, muito inteligente e foi para o pré III direto, por isso que ela é mais adiantada hoje. Daí eu percebi que a mais nova não ia, não ia, não ia, não aprendia. Daí *tinha as outras amiguinhas* que sempre estavam junto com ela, e essas meninas eram muito espertas. (Ana)

Eu não entendo, porque se for alguma coisa de esporte passando na televisão, se for jogo de bola, ele fica assistindo. É igual ela me explicou: “Ele só fica naquilo que ele gosta”. Ele faz esporte, ele joga bola, então, ele gosta. *O meu filho menorzinho* fica assistindo um desenho e vai embora... fica assistindo bastante tempo. (Amanda)

Eu *sentia diferença com as outras crianças* que já falavam bastante coisa e ele não. Ele demorou para andar, para sair das fraldas, ele batia a cabeça bastante, caía muito. Eu chamava e ele não escutava, pensei que poderia ser a audição dele. Eu me perguntava o que ele tinha. Então, eu resolvi levar ele na neurologista, quando ele tinha 4 anos. (Jéssica)

A **entrada na instituição escolar** também é um acontecimento que marca a vivência das colaboradoras, pois é a partir deste momento que as características do filho agitado começam a se tornar um problema. A dificuldade na aprendizagem dos filhos foi um dos sinais que mais apareceu nos relatos, sendo considerado um importante sinalizador de que algo não estava indo bem com a criança.

Todos os dias eu pegava o *meu filho na escola irritado*, ele se arranhava inteiro. Ele ficava muito nervoso, porque ele não conseguia entender as coisas, as crianças tiravam sarro, ele era pequenininho tinha uns 5 anos quando acontecia isso. (Lara)

Na verdade, eu percebi isso desde pequenininha, *desde que começou a ir para o pré*. [...] E daí na época da creche, [...] percebi que *a B. não ia, não ia, não ia, não aprendia*. (Ana)

A gente foi perceber *quando ele foi para a escola*. [...] Ai ele foi “pedalando”. No primeiro ano ele foi bem até. Mas no segundo ano, ele veio para Maringá e veio com os documentos para começar a segunda série. Ai chegou aqui, a segunda série era mais puxado e ele não conseguia ler, começou a pedalar... E daí, ele foi ficando com dificuldade. (Amanda)

Quando ele foi alfabetizado foi muito difícil, aprender o abecedário, quando começou a ler teve muita dificuldade. (Jéssica)

A **dificuldade de aprendizagem** foi considerada por algumas colaboradoras como um sinal essencial na percepção do “problema”. Algumas mães relataram que esta dificuldade propiciou o desencadeamento de irritação, nervosismo e dificuldades emocionais em seus filhos. O que, de certa forma, também afetou a vida delas.

Ele *se irritava e eu me irritava também*, porque eu explicava as coisas para ele e ele não entendia. [...] A autoestima dele estava lá embaixo, a psicopedagoga falou que na verdade, ele queria se defender de algum jeito, queria por “pra fora”, né? Porque ele é uma criança muito tímida e na escola ele não colocava “aquelas coisas” pra fora. Aí quando eu pegava ele, *ele já explodia comigo e com ele mesmo, porque ele se arranhava. Ele xingava, falava palavrões, tipo: “droga de escola, não quero ir mais”*. E começava a se arranhar. (Lara)

Ela é muito distraída, muito ansiosa, *muito nervosa*. (Ana)

Ele tentava fazer as coisas da escola, mas como ele não conseguia ler, então, ele não conseguia fazer. A professora mandava aqueles desenhos que tinha que contar história, e antes como ele não sabia ler, aqueles desenhos era uma dificuldade grande para ele escrever. *As professoras mandavam e ele chorava em cima dos cadernos porque ele não sabia ler*. (Amanda)

A **desatenção** também foi um sinal relatado por algumas mães, as quais expressaram em suas vivências a dificuldade de orientar seus filhos para a importância do estudo, uma vez que eles demonstravam não apreciar as atividades escolares.

Ele tem *dificuldade de prestar atenção*. Se você está aqui conversando com ele, ele está aqui te vendo, mas na verdade, não está te vendo. Ele está longe. O pensamento está lá... vai saber onde (Sara).

O que mais me deixou intrigada foi o fato dele começar a regredir na escola. Ele era um dos melhores alunos e passou a demorar demais, começou a ser o último a sair da sala porque tinha que copiar, ele não sabia o que ele tinha feito no dia, *muito desconcentrado, não conseguia prestar atenção em mais nada*, não conseguia manter uma rotina (Aline).

Se está sentado, ele deita na cama. Não faz a tarefa, estudar para a prova é um martírio... *Se ele senta para estudar, ele olha para o teto, olha para os lados*, para o mosquito, para tudo quanto é coisa, menos para o material (Aline).

O problema é que ele fica assim: pega um lápis, começa a apontar, *fica perdido no mundo da lua*; pega uma tesoura e começa a recortar corações (Jéssica).

4.2 A COMPREENSÃO DA ESCOLA

Como mencionado anteriormente, a entrada na instituição escolar é um acontecimento que marca a vivência das colaboradoras, pois neste momento elas percebem alguma dificuldade na aprendizagem dos filhos, o que evidencia um “problema”. A escola volta a aparecer neste ponto da nossa análise, mas de forma diferente: as mães relatam **a influência que os profissionais da escola exercem ao verbalizar e/ou afirmar que a criança precisa de ajuda**. Alguns sinalizam a necessidade de ajuda especializada como solução; outros já “diagnosticam” a criança afirmando que ela apresenta o TDAH; ou ainda já “indicam” o medicamento que a criança precisa tomar (medicamento esse usado para o tratamento do TDAH).

Já na creche as tias falavam que por enquanto ele não precisaria fazer tratamento, porque na creche não tem muita coisa para aprender, é mais brincadeira e essas coisas. Quando ele foi para o primeiro ano, daí *as professoras falaram que ele era hiperativo* e que eu precisava procurar ajuda. (Joana)

As professoras falavam que a maioria dos alunos tomava Ritalina e *falavam que eu tinha que dar Ritalina para ele*. (Sara)

Todos os dias eu pegava meu filho na escola irritado [...]. Ele ficava muito nervoso, porque ele não conseguia entender as coisas [...] Aí foi assim por um período, até que a professora me chamou e disse: “*Lara, seu filho está com problema*”. Isso era no infantil. Então, agora eu vejo que não era normal, *só fui perceber quando a escola começou a me chamar para conversar* e eu fui percebendo que ele estava com bastante dificuldade. (Lara)

E daí, ele foi ficando com dificuldade, *a professora ficava me chamando*. Eu não sabia por que ele não conseguia acompanhar. Então, a professora perguntou se eu já tinha levado ele no médico, eu disse que não. Então, *ela me deu um encaminhamento para levar ele no neurologista* pela dificuldade de aprendizagem. (Amanda)

Mas quando ele foi para a escola, ele foi percebendo que as coisas dele não estavam encaixando. Daí que foi ver que ele tinha esse “negócio”. *Mas foi na escola aqui que nós descobrimos isso. Mas a professora dele fala que só na sala dele tem cinco crianças iguais a ele, que toma remédio* (Amanda).

Observa-se que os relatos acima apresentam a escola como sinalizadora da necessidade de ajuda médica e/ou de tratamento medicamentoso para as crianças. Além disso, em alguns momentos, as colaboradoras evidenciam que os professores **consideram esse tipo de tratamento um processo natural**, sendo comum crianças receberem medicação. Naturaliza-se o uso da medicação, considerando o elevado número de crianças que já realizam esse tratamento frente ao diagnóstico do TDAH. Como verificamos nas falas de Sara e Amanda, respectivamente: “*As professoras falavam que a maioria dos alunos tomava Ritalina*”; “*a professora dele fala que só na sala dele tem cinco crianças iguais a ele, que toma remédio*”.

Uma das colaboradoras apresentou em seu discurso a **forte cobrança que recebeu da escola**, como se esta fosse um dos principais motivos que a fez buscar ajuda e aceitar o tratamento medicamentoso de seu filho. Esta mesma mãe, em outro momento, se diz contrária à medicação, não concordando com esta forma de tratamento, considerando o medicamento muito forte para ser indicado a uma criança. Mas, segundo ela, a pressão da escola acelera a busca por um “remédio” que o ajude no contexto escolar.

Coloquei ele em uma escola particular em Curitiba, eu ganhei uma bolsa de 100%. Lá também *ele era muito cobrado, cobravam a atenção dele*, pois ele ficava muito no mundo da lua, perdido. E foi neste momento que a médica entrou com a Ritalina [...]. Depois ele teve que sair do colégio particular, porque eu não poderia pagar. Ele foi para a escola pública e com 6 anos foi para o primeiro ano. Aí passou a ser mais problemático. Continuei dando Ritalina, os professores me chamavam sempre para conversar sobre o A. que ficava no mundo da lua (Jéssica).

Mas é difícil porque a escola cobra demais. A escola quer que ele acompanhe todo mundo, mas ele é diferente, fica perdido, precisa de mais ajuda dos professores. Mas a escola te pressiona de um jeito que você dá o remédio para o seu filho mesmo não querendo dar. [...] eu já li muito sobre a Ritalina e é uma intervenção muito séria no corpo da criança (Jéssica).

Embora a maioria das mães tenha considerado a escola como a principal sinalizadora da necessidade de ajuda, duas delas relataram que foram elas as responsáveis pela iniciativa de buscar ajuda, ou seja, os questionamentos e a busca por uma compreensão partiram das próprias mães em um primeiro momento. Uma delas passou a realizar pesquisas e leituras referentes ao TDAH, para conseguir entender o que poderia estar acontecendo com o filho. Não criticou a atuação da escola, pelo contrário, reconheceu e valorizou o cuidado que esta sempre demonstrou dedicar aos seus alunos.

Do 4º ao 6º ano eu fui percebendo, fui fazendo cursos, leituras, fui me preocupando... Mas a escola não questionava nenhuma questão de déficit de atenção. [...] a escola não pediu para eu ir atrás. O colégio que ele estudava é um colégio que está presente, os alunos não são números, eles sabem o que se passa na família, eles cuidam. No colégio que ele estuda agora também é assim. (Aline)

No entanto, na vivência da outra mãe, a escola foi vista de certo modo como negligente, pois a mãe sempre “desconfiou” que havia um problema com a filha e que “*não era normal*” as dificuldades que ela apresentava. A princípio, a escola argumentou que a mãe deveria evitar comparações, considerando que cada criança tem um tempo para o aprendizado. Mas depois de um tempo, revelou a necessidade de atendimento especializado para a criança.

*Eu comecei a comentar com as professoras desde o prezinho e elas diziam: ‘Calma mãe, cada criança tem seu tempo!’. E eu a vida toda querendo mostrar isso. Foi para o primeiro ano e não ia, não ia. E aí eu falava: “Gente, *essa menina não é normal*, não é normal” e elas falavam: “Calma, mãe. Você não pode comparar sua filha com outras crianças”. Aí passou o primeiro ano, o segundo ano e no terceiro, perto de abril ou maio, me chamaram lá e falaram: “Ou você coloca ela numa psicóloga, numa psicopedagoga, ou ela vai reprovar de ano”. Aí eu falei que *eu tava lá o tempo todo dizendo que minha filha tinha problema* e eles falando que era normal. (Ana)*

4.3 A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

As mães trouxeram em suas narrativas o caminho percorrido até chegar ao diagnóstico de TDAH de seus filhos, revelando suas percepções acerca da atuação dos profissionais que

participaram desse processo. O profissional da área médica, especificamente **o neurologista, aparece na maioria dos relatos, sendo a ele atribuído o papel de efetivamente diagnosticar** o TDAH. Após as primeiras consultas com este especialista e alguns pedidos de exames clínicos (geralmente o *Eletroencefalograma* – EEG) as mães passam a lidar com o diagnóstico e a consequente medicação de seus filhos. Elas se referem à Ritalina, nome comercial do metilfenidato, utilizado invariavelmente por todas as crianças.

Eu fui *encaminhada para o neurologista* pelo médico clínico geral do postinho. E daí *ele fez o exame eletro* e deu uma pequena alteração. A partir daí ele disse que o G. teria que usar Ritalina enquanto ele estudasse. (Sara)

Na primeira vez que levei *o meu filho no neurologista, foi pedido um eletro e constatou mesmo que ele tinha hiperatividade*. A partir daí começamos a dar medicamento, *a Ritalina*. (Joana)

Foi então que eu marquei a *consulta com a neuropediatra*, no final do 5º ano. A doutora pediu *exames, eletro, neurológico*, e foi quando ela disse que ele tinha TDAH. Aí ele começou o tratamento com um remédio aos 10 anos, mas não era Ritalina ainda, por conta da enurese e questões emocionais, pois ele era muito ansioso, é até hoje, mas na época ele era mais. [...] No ano seguinte, eu troquei de médica pela questão de horário [...] Então, a Dra. *fez de novo os mesmos testes*. Daí, ela mudou o remédio para Ritalina. (Aline)

Então, ela [*a professora*] me deu um *encaminhamento para levar ele no neurologista* pela dificuldade de aprendizagem. O médico era particular, meu marido na época tinha plano de saúde pela empresa dele. Aí o *médico fez um exame da cabecinha*, colocou um monte de fio e o deu no resultado: uma linha certa e uma linha bagunçada. Aí o médico disse que *ele tinha hiperatividade e déficit de atenção*. E já *passou a Ritalina* e já começou a tomar. Como foi particular, já fizeram o exame na hora e já sai de lá com o resultado do exame e com a indicação da Ritalina. Ele também já me passou o lugar onde eu podia pegar a Ritalina, porque na época era um remédio caro, peguei no postinho. (Amanda)

Neste caminho percorrido, relataram também a **passagem por outros profissionais (psicólogos e psicopedagogos)** antes de chegar ao neurologista, os quais após um período de acompanhamento também encaminhavam para um médico.

Aí a professora disse que a gente tinha que procurar ajuda. *Aí a pediatra dele indicou ele para uma psicóloga*, ele ficou um tempo sendo atendido por ela. Depois a *psicóloga indicou ele para um neurologista*. (Joana)

A *psicopedagoga começou a trabalhar com ele*. Ele foi melhorando, melhorando bastante, mas não o tanto que a gente esperava. Ele ficou uns três anos só com a psicopedagoga, *depois que ela indicou o neurologista*. (Lara)

Coloquei ela na psicóloga, na psicopedagoga, e daí onde eu despertei para levar ela no neurologista. Isso foi em 2012, quando ela estava no terceiro ano, quando ela reprovou. O neuro pediu um exame, junto com o acompanhamento da psicopedagoga, daí que a gente descobriu que ela tinha um retardo de quase dois anos no cérebro, no lado do raciocínio lógico. E foi quando ela começou a tomar a medicação. A princípio ela não começou com Ritalina, pois ela tinha problema de obesidade também. Aí começou a tomar medicação para tirar ansiedade, fizemos isso durante um ano. Mas na escola não melhorava, daí que começou com Ritalina (Ana).

A possibilidade de se diagnosticar a partir dos exames citados (eletroencefalograma, em sua maioria) revela que **os médicos atribuem principalmente às questões cerebrais e orgânicas o problema do TDAH**, podendo “detectar” tal transtorno a partir desta perspectiva. As mães relatam esses exames, mas poucas citam o pedido de uma avaliação da escola ou de outro profissional. Ao falarem do seu mundo-vivido resgatam principalmente essas lembranças do processo diagnóstico. Como se pode observar nas narrativas de Joana e Aline:

O médico dele explicou que ele tem *uma coisa que não acompanha o cérebro dele*, o cérebro é mais agitado, o cérebro dele vai além. Tem crianças que também são hiperativas, mas são mais calmas e o neurologista explicou que a Ritalina tanto vai ajudar a criança calma e a agitada (Joana).

A médica acabou até me diagnosticando. Ela disse: “Alguém da família é assim, é assado”, e foi passando as características e eram minhas características. Ela ainda disse que na minha época de estudos eu tive que superar sozinha, porque naquela época não existiam muitos estudos sobre isso. *Mas ela disse que eu tinha TDAH, e que geralmente isso é genético, hereditário.* (Aline)

A falta de cuidado no atendimento médico, de um olhar mais atento, foi vivenciada por uma das mães que considerou a possibilidade de mudar de profissional, tendo em vista o cuidado dispensado a ela e ao seu filho.

Mas eu vou procurar outro neurologista, porque esse que eu levava do convênio, eu não gostava muito dele, não. Porque *ele fez só esse exame da cabeça dele e já deu a Ritalina*. E das outras consultas, ele nem olhava o menino, eu sentava lá e ele só dava a receita. Nem dois minutos, só carimbava e nem olhava para ele. [...] Eu achava que o médico ia examinar ele, o C. ia lá só por ir, só para perder aula. E dizem que eles pedem vários exames. A escola que fez um relatório para eu levar na primeira consulta, porque a escola que indicou o neuro. *Mas nunca mais pediu nenhum relatório para a escola, nem exame.* Eu vou procurar um convênio e vou procurar outro médico. (Amanda)

4.4 O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E SEUS EFEITOS

Com a indicação da medicação e do início do tratamento para o TDAH, as mães relataram em suas vivências a **importância da administração do remédio no período escolar**. Todas as crianças eram medicadas antes de ir para a escola, evidenciando uma necessidade do medicamento no tocante da aprendizagem. Tanto que a medicação não era prescrita nos finais de semana.

[...] Aí eu procurei uma psicóloga e ela me encaminhou para o neurologista. Desde então, ele *vem tomando remédio antes de ir para a escola, no período da tarde*. [...] Quando o neurologista disse que ele precisava tomar o remédio foi tranquilo, porque tem que dar, né? Tem que fazer o tratamento. (Joana)

A partir daí ele disse que o G. *teria que usar Ritalina enquanto ele estudasse*. Só enquanto estuda; final de semana não. [...] Eu fui buscar ajuda para meu filho só para ele usar enquanto estiver estudando. (Sara)

Ele toma a mesma quantidade de medicamento desde quando começou a fazer o tratamento. Ele [*o médico*] disse que não precisa aumentar a dose e que *é só para tomar no período da escola que é só para melhorar a concentração*. Porque ele não é irritado, ele só ficava irritado, porque ele não conseguia. Dia de sábado e de domingo, ele é uma criança tranquila, mesmo sem tomar a Ritalina. (Lara)

Eu percebo que minha filha depende dessa medicação para ela poder acompanhar lá na escola. [...] *porque o remédio dela é para a escola mesmo*. Em casa, para outras coisas, ela é até mesmo muito espertinha. (Ana)

A Ritalina só é para a escola. Tem criança que toma Ritalina frequentemente, até em casa, mas ele só toma para ir à escola. (Amanda)

As colaboradoras reconhecem **os efeitos “positivos” da medicação**, principalmente quando começam a perceber algumas mudanças na escola, ou seja, a criança começa a melhorar o desempenho escolar; as professoras informam que a concentração e o comportamento dentro de sala de aula também melhoraram. Frente à melhora dos filhos no contexto escolar, algumas mães também se sentem afetadas diretamente, as quais vivenciam com satisfação as mudanças deles, considerando que *“se faz bem para ele, faz bem para mim”*, como descreveu Amanda.

A mudança maior eu percebi na escola. É mais visível na escola. Em casa ele fica mais tranquilo, fica assistindo televisão. Mas vai lá ver como ele está assistindo televisão, tem coisa jogada no chão, almofada para cada lado. (Joana)

Depois disso [início do tratamento medicamentoso], *ele melhorou 100% na escola*, percebemos uma grande mudança: ele *concentra, estuda, não atrapalha os amigos*, melhorou em tudo. Eu levo o M. de três em três meses, já faz três anos que eu levo ele e vou continuar levando ano que vem. (Joana)

[*o tratamento medicamentoso*] para meu filho realmente foi bom, ele passou a prestar mais atenção nas coisas, ele passou a se ligar mais. *Antes as professoras ensinavam e ele estava viajando*. Então, cada caso é um caso, para ele foi bom. (Sara)

Melhorou um monte. Tanto para mim quanto para ele. Ele ficava muito triste, eu percebia que ele ficava triste e irritado. E eu também ficava assim, porque eu não entendia. Aí você via as outras crianças melhorando, indo para frente... e ele ficando. Hoje ele é mais calmo, comigo e com as outras pessoas da família (Lara).

Eu percebo que quando ela não toma, por exemplo, sábado e domingo, pois ela só toma em dias de ir para a escola, ela fica mais lenta, você precisa chamar atenção dela, dizer ‘acorda!’, ela fica meio parada, meio lenta. E durante a semana que ela está tomando, *ela fica mais alerta, mas ativa* (Ana).

E no ano que ela reprovou, começou a tomar medicação e começou um intensivo com a psicopedagoga, foi maravilha, essa *menina se desenvolveu pra caramba*. Eu fiquei toda feliz e pensei que valeu a pena ter reprovado. (Ana)

Eu acho que a Ritalina ta fazendo bem para ele, então, ta fazendo bem para mim. Mas se eu percebesse que tava fazendo mal para ele, eu nunca daria a Ritalina para ele. (Amanda)

Mesmo apresentando tais mudanças positivas no contexto escolar, algumas mães evidenciam que **o uso da medicação também pode trazer efeitos considerados negativos**. Estas mães percebem outras mudanças em seus filhos, as quais são consideradas consequências não desejadas como, por exemplo, a diminuição do apetite, lentidão, quietude, apatia, distanciamento das pessoas, em alguns momentos, irritação e nervosismo.

No começo *ele ficou muito enjoado, ele diminuiu a quantidade de comida...* Ele sempre foi de comer bem, mas diminuiu. Até as 13h00min mais ou menos, eu ainda percebo o efeito do remédio no meu filho... ele come pouco, não tem tanta vontade de comer e aí fica parecendo uma “lagartinha”, magrinho. (Lara)

Eu percebo que ele fica diferente. Teve um dia que nós estávamos atrasados e eu dei Ritalina para ele. Não sei o que aconteceu que eu acabei não levando ele para a escola. E eu tinha esquecido que tinha dado a Ritalina. Quando eu vejo, ele está sentadinho no sofá, olhando fixamente para a parede, *sem expressão, sem sorriso, parecia um robzinho*. Eu perguntava alguma coisa e ele respondia: “Não, mamãe”, sem sorriso. Eu imagino meu filho na escola, como ele fica com esse medicamento. Uma vez uma professora me perguntou quanto eu estava dando de Ritalina para meu filho se era um comprimido ou meio. Eu respondi que era um e perguntei o motivo da pergunta. Ela disse que achava que ele ficava muito “*paradão*” dentro da sala, não quer fazer

amizades, quer ficar andando sozinho na hora do recreio. Isso eu já percebi, porque ele gosta de ter amigos e quando ele toma Ritalina ele quer ficar sozinho e isolado. Eu percebo esse *distanciamento das pessoas*. (Jéssica)

Quando ele não tomava, ele ficava normal. [...] Só quando ele toma esse remédio que ele fica totalmente diferente. Depois que passa o efeito ele fica um *pouco nervoso, irritado*. E o remédio tira *um pouco de fome*, esse ano que ele não tomou ele está comendo melhor, engordou. (Jéssica)

Para a maioria das colaboradoras, a **expectativa principal em relação ao remédio era provocar uma melhora significativa na escola**. No entanto, algumas mães também evidenciaram certa frustração com o fato dos seus filhos não “melhorarem”, pois as dificuldades escolares que eles apresentavam antes de iniciar o tratamento continuaram.

Bem sobre a medicação, como ele passou o 6º ano certinho, o 7º ano certinho, no 8º ano ele começou a esquecer de tomar alguns dias. Eu, meu marido e ele que lembrávamos do remédio, um lembrava o outro. No 8º ano, quando o F. já estava maior, o meu marido entregava o remédio na mão dele. *Mas no primeiro bimestre tirou notas vermelhas, mesmo com medicação*. [...] Nós já fizemos a tentativa durante alguns anos com a medicação, então, *se nem com o medicamento surtiu um efeito muito grande*, tem que partir dele também. (Aline)

Porque esse ano, com a mudança de Curitiba para cá, ele não tomou remédio e ele continuou a mesma coisa, *são as mesmas reclamações de quando ele estava tomando remédio*. Ele fica perdido no mundo da lua, balança a cadeira, aponta lápis, conversa com um colega. [...] Ele passou no quarto ano também com a ajuda de conselho, então, não sei o remédio fez muito efeito. [...] *Ele tomava antes de ir para a escola, mas mesmo assim ele continuou com dificuldade de concentração*, mesmo tomando medicamento. (Jéssica)

Além das consequências “positivas e negativas” do tratamento medicamentoso, algumas mães vivenciaram a possibilidade deste não mais atuar adequadamente no organismo, uma vez que, após um período de tratamento, parecia não mais fazer efeito significativo em seus filhos. Como se o remédio não fizesse mais efeito ou a dosagem estivesse errada. Sara e Amanda relataram dificuldade de conseguir um acompanhamento pelo sistema público e a demora por atendimento.

Eu não sei se a dose da Ritalina está certa, porque eu tenho que levar ele novamente para o Neurologista, *mas eu não consigo encaminhamento para o SUS*. No começo eu percebi mudanças. Mas agora ele está a ver navios. Pelo porte, pela idade dele e ele tomando a mesma quantidade de remédio desde quando começou, não acho que tem mais tanto efeito. Ele já acostumou com o remédio. (Sara)

Eu não sei porque... Já faz muito tempo que ele está tomando a Ritalina e ele começou a falar que não quer mais tomar esse “remedinho”, porque esse remédio não está ajudando em nada. [...] No começo ele falava que estava indo bem, que ele tava aprendendo. Mas agora ele começou a falar que a Ritalina não ta adiantando, então eu vou levar ele novamente para o médico. [...] eu vou correr atrás para ver se arranjo um convênio, para eu ficar com um neurologista de volta, porque pelo município demora. Eu já deixei o nome dele lá várias vezes, já vai fazer dois anos e pouco que ta lá e não marcam consultas. (Amanda)

Mesmo vivenciando os efeitos positivos da medicação, principalmente no que se refere à melhora no contexto escolar, as mães também revelam que **a escolha pela medicação gera dúvida, questionamento e incerteza**. O olhar do Outro sobre suas ações (por exemplo, a fala trazida por Amanda: “*Nossa, você vai dar medicamento para o seu filho?*”) as faz questionarem se medicar é certo ou errado. Mesmo recorrendo a explicações médicas para entender a real necessidade, vivenciam a insegurança de estarem fazendo algo errado, que possa prejudicar futuramente seus filhos. Algumas, ao falar sobre isso, já apresentam possíveis justificativas para tal escolha. O outro, que pode ser um parente próximo ou apenas algum conhecido, ajuda a tornar explícita a polêmica que envolve o uso do medicamento.

Muitas mães acham que não devem dar Ritalina para seus filhos, porque eles *precisam ser normais*. Mas para o meu foi bom. (Sara)

Eu fiquei um pouco preocupada em dar Ritalina, *porque as pessoas falavam um monte de coisa, mas hoje ele consegue fazer tudo*. (Lara)

Só que esse remédio é assustador, né? Quem é leigo no assunto, se assusta quando a gente fala que a filha toma Ritalina e dizem “Deus me livre tomar Ritalina”. Aí deixa a gente apavorada também, *pois a gente pensa quais são os efeitos colaterais que esse remédio vai trazer*. (Ana)

Sobre a medicação, eu aceitei... *A questão de ser “tarja preta” pesa um pouco*. Porque a gente pensa assim... Será que não vai ter reação? Será que não vai ficar viciado? Meu marido não é muito a favor do remédio... Ele fala que tem que ter vontade. Se levar como um amuleto o remédio, a criança não se desenvolve. (Aline)

O médico disse que a Ritalina é só para a escola, então, eu não dou, né? Tem pessoas que falam: “*Nossa, você vai dar Ritalina para o seu filho? Faz mal!*”. Aí eu li algumas coisas na internet, algumas coisas falam que faz mal, outras falam que realmente precisa. Daí a família inteira pesquisou, minha mãe também foi pesquisar e daí eu falei assim: “*Ou eu dou Ritalina para ele ou como ele vai sobreviver na escola?*” (Amanda).

Só dizem que são contra dar o remédio. *Algumas mães que eu conversei também são contra o remédio*. Sempre ouvi isso e isso ficava na minha cabeça. Porque eu também não sou a favor do remédio. Mas não é porque as pessoas me falam isso. É porque eu

já li muito sobre a Ritalina e é uma intervenção muito séria no corpo da criança. E eu estou optando em não dar mais a Ritalina. (Jéssica)

Frente a isso algumas mães buscam ajuda para entender sobre essa “**polêmica do remédio**” e recorrem a explicações médicas, para embasar suas escolhas e sentir que estão fazendo o melhor que pode ser feito no momento, mesmo frente às dúvidas e insegurança.

O médico disse que *eu não precisava ficar preocupada*, porque hoje em dia muitas crianças tomam Ritalina e que muitas pessoas falam mal da Ritalina, mas esse é um remédio que é para ajudar. Mas no começo eu fiquei na dúvida. Só que eu não podia deixar o meu filho daquele jeito. (Lara)

Eu fui conversar com o médico e *ele disse que não tinha efeito nenhum*, que esse remédio é simplesmente para que ela consiga se concentrar durante o período escolar, para tentar diminuir esse atraso que ela tem, que é esse tempo de atraso do raciocínio. Até você falar, até ela entender, o remédio vai tentar juntar essas duas coisas. Então assim, a Ritalina me deixou mesmo meio assustada. Tanto é que na última consulta que ela teve eu voltei a perguntar para o médico se não teria problema minha filha tomar esse remédio e até quando ela precisaria tomar. Porque você pensa: “É remédio, né? Por mais que fale que não tem efeito colateral, tem né?”. A gente toma remédio para o estômago, a gente sente dor de cabeça... Toma remédio para cabeça, e dói o estômago, não é assim? Então, eu tenho esse medo do que pode acontecer depois, mas hoje a gente está tentando resolver um problema, uma coisa de cada vez (Ana).

Algumas mães, mesmo realizando o tratamento medicamentoso de seus filhos, **tecem discursos críticos sobre o uso do remédio**, questionando não só a si mesmas, mas também a prática medicamentosa generalizada. Ainda que inseridas nessa crítica, questionam, interrogam e descrevem um forte incômodo.

Esses dias eu estava conversando com um sobrinho meu que faz odontologia e ele comentou que *os amigos dele estão tomando Ritalina também, porque é muita prova, muitos estudos. E eu pergunto, porque tomar a Ritalina então?* Eu que te pergunto. Até porque não está achando Ritalina para comprar. Ela já está virando uma droga. [...] Eu acho que a Ritalina foi uma invenção, é uma “tapição”. Futuramente, isso vai virar uma droga, eles vão misturando com outras substâncias e vai se tornar uma droga. (Sara)

Será que realmente isso é uma questão neurológica ou é uma questão para vender? Porque antigamente, todo mundo sabia se criar sem saber o que era TDAH, todo mundo conseguia se desenvolver. *Por que será que agora precisa de medicação?* Eu penso que há um exagero na quantidade de números de laudos. [...] E por perceber esse exagero, foi esse um dos motivos que eu tirei o remédio do meu filho, porque nós não podemos colocar a culpa no remédio, ele tem que amadurecer também (Aline).

E a partir da visão crítica que incide sobre elas mesmas, podem abrir possibilidades de cuidado, mesmo que este seja restrito, considerando as características particulares de cada criança.

Eu não sou a favor do remédio de jeito nenhum. Eu sou a favor de outras coisas: de atividades pedagógicas, de psicóloga, de trabalhar com ele, vê o que ele gosta de fazer. Tá certo que ele não gosta de muita coisa, mas aquilo que ele gosta, eu incentivo. Eu digo: ‘Vamos jogar bola? Vamos jogar jogos de tabuleiro?’ (Jéssica).

4.5 A COMPREENSÃO DA MÃE

O recebimento da notícia do diagnóstico e do tratamento de seus filhos apresenta algumas nuances nas falas das mães. Algumas mencionaram que foi tranquilo, que de certa forma já esperavam por isso. Esse momento pode até ser vivenciado como um “alívio”, pois assim passaram a entender melhor o filho. Como se observa nas falas de Joana e Ana:

Saber que meu filho era hiperativo *foi... Sei lá... Normal*. Por que as pessoas falam: “é melhor ter uma criança assim do que uma criança doente, uma criança deficiente que não pode fazer nada”. (Joana)

De certa forma, foi até um *alívio*, pois se descobriu que tinha um problema e que estávamos tentando resolver, né? O pior era antes, eu achava que tinha e não sabia o que era. Aí pelo menos começou a tomar medicação. [...] Eu sentia que ela tinha algum problema, né? Eu ficava muito decepcionada, triste, angustiada, porque eu não sabia o que era. No fundo, assim, *foi até um alívio descobrir, pois eu teria uma solução para isso e poderia tratar*. (Ana)

No entanto, outras mães relataram que foi muito difícil, “*triste*”, “*pesado*”, pois vivenciar que seu filho tem um transtorno não é uma situação fácil. Portanto, percebe-se que mães vivenciam sentimentos diferenciados em relação ao diagnóstico e tratamento.

Eu *fiquei muito triste* por ouvir o doutor falar que meu filho precisava tomar Ritalina. (Lara)

De acordo com os estudos que eu tinha feito, eu cogitava o TDAH, já entendia um pouco sobre isso. Antes de pesquisar sobre o assunto, a gente não sabe bem o que é, porque ter conhecimento e conviver são parâmetros bem diferentes. Receber o diagnóstico de que ele tinha TDAH, já era algo previsto, mas *lidar com ele com todas essas conturbações, não foi nada fácil*. (Aline)

Foi uma coisa muito pesada, porque eu não aceitava dar um remédio tão forte, uma criança tão pequena. Eu fui pesquisar e pode causar coisas sérias em uma criança. [...] Então foi um baque ter que dar remédio para meu filho, pois eu nunca aceitei. (Jéssica)

Algumas colaboradoras relataram que **se não fosse o contexto escolar, o qual exige atenção e concentração, seu filho seria considerado normal**, mesmo apresentando a inquietude e agitação na dimensão familiar. Há uma compreensão de que ser assim é “normal”.

Para mim é normal ele não parar quieto aqui dentro de casa, e a gente fala, fala, fala... Não tem problema. O problema é ser assim na escola. Lá ele tem que aprender. [...] Então, a gente tem que se preocupar mais com a aprendizagem. Desde que ele esteja se dando bem na escola, para nós aqui isso é normal (Joana).

A gente acostuma ter um filho assim. A gente tem que observar. Se você elogia ele, daqui a pouco a escola liga dizendo que ele não está bem. Ele é muito fechado, não presta atenção, ele desliga (Sara).

Para mim, eu achava que era normal o “desinquieto” dele. Para mim era normal, antes de descobrir que ele tinha. Eu achava que ele era normal, mas que não parava quieto. Eu falava para ele que ele tem formiga, mas nunca sabia que ele tinha isso. [...] Que nem, ele vai na escolinha de futebol e ninguém sabe que ele tem TDAH. Ninguém nem sabe que ele toma Ritalina. Você olha e pensa que ele é normal (Amanda).

Algumas colaboradoras mencionaram que **desconheciam a existência do TDAH antes do diagnóstico** dado pelo médico. Outras afirmaram que conheciam, mas que a partir do diagnóstico, passaram a compreender este transtorno de outra maneira e a entender melhor as dificuldades dos seus filhos.

Eu nem sabia que existia esse transtorno antes. Para mim hiperatividade era safadeza. Tinha que pegar uma vara e pronto. Antes isso não existia. Hoje em dia a criança tem qualquer “coisinha torta” e já tem um conserto. Antes não era assim, pau que nascia torto, tinha que morrer torto. Para tudo tem conserto, menos para a morte. Para tudo tem jeito, até para a agitação. Existe psicólogo para isso, psiquiatra para outras coisas (Sara).

O que eu sabia era que existia aquelas crianças que não parava um minuto, que não se concentrava. Tanto é que tem um filho de uma menina que trabalha comigo, que ele é hiperativo. Ele tinha que tomar medicação para ver se ele ficava sentado um pouco. O que eu tinha de conhecimento era isso. Mas não conhecia direito (Ana).

Eu não sabia o que era [TDAH] antes do meu filho ter. Hiperatividade, eles falam que são pessoas que não para quieto, que é muito agitado, é isso que me explicaram. Então, eu sei muito pouco sobre isso (Amanda).

Eu não sabia o que era esse TDAH, só que como eu continuei levando ele na médica neurologista, ela diagnosticou meu filho como TDAH. Até então eu não conhecia e nem sabia o que era isso, nunca tinha ouvido falar (Jéssica).

A experiência com o **diagnóstico do TDAH é vivenciada como possibilidade de mudança significativa no projeto de ser dessas mães**, as quais alteram suas próprias ações para com os filhos. O diagnóstico despertou nas mães, frequentemente, sentimentos mais ternos e atitudes mais compreensivas.

Eu brigava muito com ele [...]. E como eu brigava muito, a autoestima diminuía mais ainda. Eu falava: “Como você não consegue?”. Porque eu não entendia que em um dia ele conseguia e no outro dia não conseguia mais fazer a mesma coisa. Então eu não entendia e também eu nunca tinha ouvido falar, né? Era complicado. Eu falava que ele era “burro”, que ele não sei o quê... E hoje eu não falo mais nada disso. Hoje quando ele começa a falar que não consegue, eu digo: “Não, meu amor, não é assim, você vai conseguir, vamos tentar novamente”. Ai ele vai lá e faz tranquilo. (Lara)

E daí a outra filha fica com um pouco de ciúmes, porque tudo é para ela, tudo... Mas eu explico que não é, ela só tem uma dificuldade, eu tenho que estar mais presente com ela. Acabo gritando mais com a outra, porque com ela eu tento ser mais calma, mas não é sempre também não. (Ana)

Isso desgasta demais e a família sofre muito. Ele acaba sofrendo também porque a gente por já saber que ele tem o diagnóstico, tem que cuidar mais, entende? Se ele tem déficit de atenção, temos que correr atrás, ficar em cima, proteger. (Aline)

Agora você tem que ter mais cuidado com ele, tem que correr mais atrás dele, tem que ficar atrás, leva ele em médico, leva ele nisso, naquilo, tem que dar mais atenção para ele. Tem que ser mais cuidadosa, tem que ficar mais em cima. Antes eu não tinha muita paciência com ele, com essa história de estudar, eu achava que era um pouco de preguiça, agora não, eu tento ter paciência. (Amanda)

Eu também achava que era preguiça, falta de vontade, mas ele não sabe mesmo. E eu consegui mudar, consigo entender melhor. Hoje eu imagino como deve ser uma criança com TDAH, eles devem fechar os olhos e vem muitas coisas na sua cabeça e elas não conseguem falar o que tem lá, às vezes, falam uma ou duas palavrinhas, mas a cabeça está cheia e não conseguem falar. (Jéssica)

Compreender o transtorno é muito difícil para a maioria das mães, ou seja, há uma dificuldade de entender o que é “ser uma criança com TDAH”. Algumas tentaram definir o transtorno a partir das explicações médicas que lhes são passadas; outras apresentaram definições generalizadas daquilo que em algum momento alguém lhes informou ou a partir de pesquisas realizadas com ajuda de livros, internet, etc.

Se for pensar hoje em dia em hiperativo é difícil porque toda criança é hiperativa. O meu neto só falta voar. É magro, não come direito, tem uma energia, uma habilidade, não para quieto. Que hiperatividade é essa? *É difícil a gente entender uma situação dessa.* Uns lentos demais; outros agitados demais. Então, se você me pergunta o que é hiperatividade... Eu não consigo falar. Se o seu filho é quieto demais, eles falam:

“Toma cuidado que ele vai ser chamado de bobo”. Se é agitado demais, eles falam: “Esse menino vai matar, vai roubar”. É difícil, só lidando para saber. (Sara)

Ele tem essa hiperatividade. Não sei, eu já falei que *eu ainda não consigo entender*. Então, eu tenho que levar ele várias vezes para eu poder entender. [...] Mas quando ele foi para a escola, ele foi percebendo que as coisas dele não estavam encaixando. Daí que foi ver que ele tinha esse negócio (Amanda).

Eu não acredito que o TDAH seja uma coisa que precise de remédio, pois é um transtorno químico no cérebro. Não é uma deficiência no cérebro, só é difícil para ele, pois as coisas têm que ser no tempo dele. Ele é como se fosse uma tartaruguinha, têm umas que vão mais rápido, outras mais devagar. E ele vai devagarinho, mas ele vai chegar lá. (Jéssica)

Ao procurar possíveis respostas sobre os motivos da existência do TDAH, algumas mães questionam a influência que exerceram para a existência do transtorno. O excesso de cuidado aparece como sendo uma “das causas”, como se o excesso de zelo fosse um fator preponderante para se ter um filho com TDAH. A culpa também aparece nas vivências das mães. Algumas vezes, a busca pela causa, supera a busca por uma compreensão do transtorno.

Pensar sobre possíveis causas que as levaram a estar no mundo do TDAH faz parte da vivência dessas mães.

Mas sabe, às vezes, eu também penso... Será que é minha culpa por ele ser assim? Porque quando eu estava grávida dele, eu queria muito uma menina, eu não sei se isso tem a ver ou não. A gente fica procurando respostas. Sabe, eu não aceitava que era um menino. Minha vida inteira eu quis uma menina, eu fiz um monte de ultrassom e batia o pé e dizia que não era menino. Eu queria uma menina, então, eu me culpo bastante. E outra coisa também que eu vejo que meu filho tem bastante problema... Eu sempre tive problema com obesidade, a vida inteira fazendo dietas. Eu já fiz a cirurgia bariátrica, eu não era tão gorda, mas eu fiz a cirurgia. Então, eu acho que eu passei muita coisa para o meu filho. [...] Eu só fui acreditar que meu filho era um menino na hora que ele nasceu e gritaram... “Olha é um menino”. E eu pensei: “Ai meu Deus, é um menino!” (Lara)

A psicopedagoga fala que eu preciso “deixar essa criança crescer” e que o problema também está em mim, rs. Mas eu tento. Só que eu sei que é muita proteção da minha parte... Porque agora que eu comecei a deixar ele ir na casa dos amiguinhos. [...] “Ele ainda é bem criança, e eu queria que ele fosse ainda assim, rs. Eu queria que ele usasse roupa de Mickey, e ele fala, “Mãe eu não uso mais isso”, mas eu não posso fazer isso, né? Acho que eu que preciso fazer tratamento, né? [...] Tem que ter bastante paciência, pensar positivo, que vai conseguir. É cuidar para o resto da vida. (Lara)

Então, será que eu não fui atrás sem ter necessidade? Eu me sinto culpada o tempo todo... Ixi... Eu acho que ele é assim por minha culpa por não ter sido firme como todo mundo fala que tem que ser, ah... isso abala bastante. Eu nunca deixei de dar carinho, atenção; muito pelo contrário, várias vezes eu peguei na mão dele para ele escrever.

Acho que foi aí que eu pequei, acho que ele tinha que ter tido mais autonomia. Por isso, eu acho que no caso do meu filho isso tudo é mais emocional. (Aline)

Algumas mães reconhecem características próprias, ou seja, características que elas também apresentam em seus filhos. E entendem como “natural” eles serem assim, uma vez que elas também são e conseguiram superar os momentos de dificuldade pelo qual passaram.

Eu também era muito parecida com ele, só que eu gostava de estudar e ele não. Até hoje eu esqueço o que eu estou fazendo, onde eu deixei tal coisa, eu paro às vezes na metade, e ele também é assim. Às vezes, quando eu estou dando aula, eu falo: “Para gente, tá muito barulho e eu não estou conseguindo me concentrar”. Eu tenho que parar, retomar... E na época escolar era a mesma coisa, eu tinha que ler um texto várias vezes para entender. Mas eu ia bem, porque eu gostava de estudar (Aline).

Mas eu também sou assim. Na minha vida, na minha família, tem uma prima que o filho dela tem hiperatividade; o meu irmão, quando era pequeno, também teve muito problema na escola, nem terminou o ensino básico; aliás, dos meus 4 irmãos, só eu terminei o segundo grau. O meu irmão mais novo é como o A., mas leva uma vida normal, consegue trabalhar, viver. (Jéssica)

As mães relatam que consideram possível que outras variantes na vida da criança interferiram no estado de seu filho.

Quando a minha filha foi ao neuro *eram muitos problemas de uma vez só...* Era obesidade, ela poderia menstruar mais cedo, sendo que ela era tão infantil, era neurologista, psicóloga, psicopedagoga... E a gente pensa: “Como fica a cabeça dessa criança? E a mãe também quase pirou, né?” Tanto é que eu levava ela na psicóloga e a psicóloga dizia que quem precisava de psicóloga era eu e não ela. É realmente acho que quem precisa sou eu. [...] Eu falava com ela, que eu e o meu marido brigávamos muito, e isso tudo eu sei, vai afetando a vida da criança. Então tinha um monte de coisa errada dentro de casa. (Ana)

Mesmo com a medicação, o 7º ano dele foi muito difícil, ele também fazia, além de acompanhamento com a neuro, psicóloga por questões emocionais. Na época, ele comia escondido, mas depois que ele começou a dançar ele mudou muito, era muito tímido antes. [...] Ele era compulsivo, ele comia demais. E assim, até hoje eu tenho problema de alimentação com meu filho. (Aline)

Essa questão emocional dele, começou a aparecer mais quando o meu pai faleceu. Ele tinha um vínculo forte com meu pai que faleceu quando meu filho tinha 6, 7 anos. Eu fui mãe quando eu tinha 16 anos, então morei com meus pais e meu pai sempre foi muito presente na vida dele. Ai meu filho passava só os finais de semana com meu marido, que não é pai biológico dele, meu marido quis ser pai dele. Todo mundo sabe, mas nós não tocamos muito nesse assunto, pois não há uma terceira pessoa [*pai biológico*], desde pequeno somos eu e meu marido, desde quando ele nasceu, um pouco depois nós começamos a namorar. Então, voltando ao assunto, foram muitas

mudanças na vida dele... Neste ano, eu saí da casa da minha mãe, porque eu não era casada ainda, mudamos de casa; meu pai ficou doente, com câncer, ficou um ano inteiro em tratamento e depois, faleceu; aí começaram as dificuldades na escola; foi onde ele começou com enurese, aí... foi juntando um monte de coisa. (Aline)

Em casa eu não brigo com o meu marido na frente do A. Antes a gente brigava, mas eu fui percebendo que isso perturbava meu filho. (Jéssica)

4.6 O CUIDADO

Pode-se dizer que o “cuidado” para com o filho apareceu em todas as narrativas, pois todas as colaboradoras realizaram o movimento de buscar ajuda, procurar uma compreensão e/ou “solução”. Levar o filho ao psicopedagogo, ao psicólogo, ao médico é uma maneira de cuidar, **um cuidado expresso sob forma de “atendimentos especializados”**. Assim, considera-se que viver com o diagnóstico do TDAH é submeter seu filho a atendimentos constantes com profissionais da saúde e educação envolvidos nesse processo.

Eu levo ele na psicopedagoga semanalmente e no neuro de três em três meses. (Sara)

Eu não tinha dinheiro para fazer tudo o que eles [*a escola*] queriam. Mesmo assim me desdobrei. Coloquei na psicóloga, na psicopedagoga, e daí onde eu despertei para levar ela no neurologista. (Ana)

Não é fácil pagar, porque antes eu trabalhava, mas agora é só meu marido que paga todas as contas, eu fui conversar com a psicopedagoga e ela faz mais em conta para ele. E ano que vem, como ele vai duas vezes na semana, eu pedi ajuda para minhas cunhadas. Ele precisa e eu não quero tirar ele da psicopedagoga, porque é uma confiança que ele tem. (Amanda)

Lidar com filho com diagnóstico de TDAH é difícil: **“mãe de TDAH cansa”**. O cotidiano é vivenciado com dificuldade e as mães se sentem afetadas, pois a rotina da criança assim diagnosticada é desgastante, uma vez que dificilmente eles executam as tarefas pedidas, não prestam atenção, etc. Além disso, a possibilidade de ser assim *“para o resto da vida”*, como relatam Sara e Jéssica, provoca um sentimento de desânimo.

Para *controlar ele é muito difícil*, a gente obrigava ele a ficar lá com a gente, brigava, conversava, era difícil. (Joana)

É complicado. A gente tem que ficar o tempo inteiro em cima nos estudos, procurando ajuda. A psicopedagoga fala: *“Vai ser para o resto da vida”*. Não pode deixar cair, pois se deixar a gente entra até em depressão, né? É muito difícil. (Sara)

Algumas pessoas falam: “Ah... é você que não tem pulso firme, você superprotege seu filho, passa a mão demais na cabeça dele”, mas é que *mãe de TDAH cansa*. A gente cansa. *A gente fala, fala e ele não faz.* (Aline)

Aí, às vezes, eu fico desanimada, eu não sei para onde ir, para onde correr, eu quero ajuda para o meu filho. Isso me atormenta, *sei que não tem cura*, mas eu tento fazer o mundo dele melhor. Tento fazer ele entender isso. (Jéssica)

O cansaço que as mães relataram vivenciar pode desencadear um olhar não atento para as demandas e necessidades reais dos filhos. Ao fazer aquilo que gosta, a criança fica bem, mas incomoda a mãe e, também, aos outros que estão ao redor.

O negócio dele é bola. Coloca uma bola no pé dele que ele some, tem os amigos com quem ele joga bola. *Mas as bolas dele estão todas escondidas*. Olha o que ele fez no meu portão, ele estraga tudo, chuta a bola pra lá e pra cá. Aí a minha mãe [*que mora junto com eles*] fica brava com ele. *De vez em quando* a gente leva ele lá no parque, pra ele brincar, correr, encontrar os amigos. Se deixar é só bola, bola, bola. Aqui perto tem uma rua sem saída, aí ele brinca com os amigos dele. O problema é que tem os portões dos vizinhos e eles se incomodam com as bolas. Igual aqui em casa (Joana).

Cuidar de uma criança agitada e inquieta exige muito das mães, como verificado nas falas anteriores. **A falta de tolerância e paciência apareceu invariavelmente nas narrativas**. A maioria das mães revela a dificuldade de cuidar sem perder o controle. Os familiares próximos, que ajudam em alguns momentos, também não demonstram muita habilidade. Este fato se agrava com a falta de tempo para dedicar aos filhos, frente à rotina corrida dos pais e a sobrecarga das mães. Cuidar demanda tempo, disponibilidade, abertura.

A gente tem que saber conviver, saber lidar com a criança, também não repreender tanto, porque criança é criança. [...] Só a avó que, às vezes, dá uns gritos. Como de noite ele fica com a avó e o avô para eu poder trabalhar, ela dá uns gritos com ele. Eu explico para ele que a avó já está de idade, tem 72 anos, e que ele tem que entender e não fazer tanta bagunça. (Joana)

Eu não tenho paciência não. Eu levo a ferro e fogo. Não dou moleza. Eu brigo, dou castigo e vou levando assim, o que eu posso fazer? Eu não posso dar corda. Se eu der corda, ele se “enforca”. (Sara)

Então isso é sempre uma luta constante. Sempre esperando que ela reaja. Mas aí, de repente, você faz uma pergunta e era para uma criança de segunda série saber, e ela diz: ‘*Hãaa?*’. E aquele ‘*Hãaa*’ já faz subir aquele sangue e eu pergunto: ‘Como você não sabe???’ *Porque eu não tenho muita paciência*, pois minha paciência já diminuiu, eu já não sou tão mais novinha, então, acaba que eu já não tenho muita paciência não. Aí a gente tem que ajudar nas tarefas de casa... E eu já não tenho mais paciência.

Tanto é que eu já levei bronca demais do médico, porque eu falo que não tenho tempo de sentar e estudar com ela antes de chegar em casa, depois do trabalho. (Ana)

Eles nos vencem pelo cansaço, porque a gente pede, pede, pede para eles fazerem algo e eles não fazem. Eles orientam: ‘Um comando de cada vez’, ele fez algumas consultas com uma psicopedagoga. Quando você pensa ‘um comando’, você pressupõe que ele logo vai fazer, mas ele não faz. Fala uma vez, duas, três, quatro, cinco, dez vezes... *Até perder a paciência. Eu já tive muita paciência, mas hoje eu já não tenho mais não.* Nem eu, nem meu marido. (Aline)

Eu e meu irmão ajudamos ele a fazer tarefa. Quando é coisa que ele sabe, ele mesmo faz, mas eu preciso conferir para ver se ele fez mesmo, porque às vezes ele enrola e fala que fez e não fez. Mas eu mesmo fico ajudando ele, mas você tem que ter uma paciência para ajudar ele! *Antes eu perdia muito a paciência com ele,* porque eu explicava, explicava, tentava e não ia. (Amanda)

Em casa quando nós vamos fazer tarefa de casa, às vezes eu tenho que explicar para ele umas 5, 6 vezes... Colocar todo material sobre a mesa, explicar para ele para entrar na cabeça dele. *E eu não tenho paciência.* Hoje eu adquiri um pouco, mas no começo eu me irritava muito, muito. Uma vez eu bati a cabecinha dele na mesa, porque ele não conseguia aprender uma coisa fácil, mas ele dizia: “Mas eu não sei, eu não quero”. Aí eu começava a gritar com ele. (Jessica)

Como mencionado, algumas mães vivenciam uma **sensação de sobrecarga no cuidado com os filhos**. A tarefa de cuidar fica praticamente em função exclusiva da mãe, o que torna a tarefa ainda mais exaustiva.

É tudo mais eu. O meu marido viaja, trabalha bastante, não tem muito tempo. Às vezes, eu vejo que eu também dou uma descuidada, *porque você chega em casa cansada,* mas tem que ficar em cima. Eu percebo que quando eu fico em cima, melhora bastante. (Sara)

Porque foi uma luta assim: 90% eu e 10% o pai. Não é fácil não... Eu que ajudo minha filha, por mais que eu grite, esperneie, ela não quer a ajuda do pai, ela quer minha ajuda. O pai sempre foi deixando na minha mão, “a mãe estudou mais, sabe mais”, então, ele sempre se escondeu. E eu também sempre assumi o papel de pai e de mãe. E com isso eu não deixei ele assumir o papel de pai e elas aprenderam que era só eu, só eu... Daí acaba que eu *me sobrecarreguei demais também.* (Ana)

Eu sempre corri atrás quando eu percebia alguma coisa. Mesmo trabalhando, desde os 5 meses do meu filho, *eu sempre trabalhei. Ele foi para uma escolinha particular e eu não parei.* E para mim foi muito difícil, porque eu nunca recebi ajuda de ninguém. Lá em Curitiba eu só tinha a minha sogra e minha cunhada, mas elas nunca chegaram em mim e perguntaram se eu precisava de ajuda. (Jessica)

Chegando ao final da análise desta pesquisa, pode-se perceber pelas unidades de significado apreendidas, a partir da apropriação daquilo que foi possível das narrativas das

mães de crianças diagnosticadas TDAH e medicadas, que conviver com tal diagnóstico é lidar constantemente com a busca por respostas. As colaboradoras questionam-se sobre o que é o transtorno; como devem cuidar do filho; se devem ou não medicá-lo. Revelam suas dúvidas, inseguranças e também as escolhas que fizeram ao identificar características que indicavam a possibilidade de seu filho ter algum “problema”. Trazem situações em que o olhar do Outro contribui para o encaminhamento médico e o tratamento subsequente e, a partir do existir enquanto mãe de uma criança com diagnóstico de TDAH, relatam suas experiências sobre o cuidar, bem como sobre suas dificuldades nesta tarefa. No próximo capítulo, será apresentada uma discussão desses sentidos apreendidos à luz da filosofia existencial de Sartre, a qual fornece embasamento teórico-filosófico para essa dissertação.

5 EM DIREÇÃO À COMPREENSÃO

A partir dos resultados apresentados por meio das unidades de significado, buscarei neste capítulo realizar uma leitura das vivências das mães de crianças diagnosticadas e medicadas em diálogo com a fundamentação teórica apresentada anteriormente. Desta maneira, serão apresentados alguns elementos que poderão contribuir para a compreensão do diagnóstico do TDAH e o seu tratamento.

Em um primeiro momento, as mães revelaram suas vivências com “**os sinais preocupantes**” dos seus filhos, com as características que geraram alerta, uma suspeita. As mães relataram os sinais expressos pelo corpo das crianças, a agitação constante, o corpo que não para e a inquietude, como sinalizadores de alguma preocupação. Apontaram também a desatenção e desorganização como características de seus filhos. A maioria não trouxe afirmações sobre a existência de um problema, mesmo porque muitas desconheciam o TDAH, mas evidenciaram características dos filhos que as fizeram questionar se estava tudo bem. A partir disso, faziam também comparações com outras crianças, sendo perceptível, neste momento, a busca por referenciais externos, parâmetros, que auxiliassem na compreensão de seus filhos e que as amparassem em suas percepções. Para tanto, compararam seus filhos com outras crianças, com familiares próximos ou colegas, buscando evidenciar as diferenças.

Ao refletir sobre essas primeiras vivências, considera-se importante resgatar que a filosofia existencial estabelece como condição ontológica que o homem deva *ser-aí*, ou seja, que o homem só desvela as suas possibilidades de ser inteiramente no mundo, situado em um tempo e em um espaço. Compreendendo, tal como Sartre (1943/2012), o corpo é considerado uma estrutura permanente do ser, estando ele implicado e inseparável da consciência. O corpo como Ser-Para-si é nossa relação originária com as coisas, é a revelação de nossa relação com o mundo e manifesta a individualidade de nossa relação com os objetos, com os outros, com a materialidade, estando presente em todas as ações. Desta forma, é preciso entender que a pessoa se mostra como uma totalidade e que cada um de seus atos, gestos, emoções são significantes, contêm um sentido que transcende, remete ao ser de alguém.

Pode-se pensar que as mães, ao apontar os “sinais preocupantes” dos filhos, trazem suas percepções sobre os sinais que indicam uma preocupação: “*senta no sofá e vira pra lá e vira pra cá; mexe em uma coisa, mexe em outra, ele é assim*” (Joana); “*Ele sempre foi ‘desinquieto’, né?*” (Amanda). Percebem o corpo que não para, a agitação constante, os movimentos excessivos da criança, a inquietude de seus filhos, alcançando-o por meio de uma consciência reflexiva. O corpo da criança, por meio do olhar da mãe, é captado como um ser-

aí para Outro. No entanto, as mães em suas vivências demonstram que apreendem seus filhos, enquanto corpo/consciência situado em um contexto. É o corpo-em-situação que dá a significação das ações da criança como uma totalidade para essas mães. Desta forma, ao considerarem a agitação da criança, em um contexto familiar, como “*coisas de crianças*”, não apreendem tal agitação como uma problemática. E embora, em alguns momentos, evitem algumas atividades (ir a restaurantes ou em algum ambiente fechado), pois “*meu filho não para*”; e, às vezes, comparem seus filhos com outras crianças, buscando referenciais externos, não reduzem seus filhos a determinadas características.

Compreende-se, então, que as mães se percebem em relação concreta com seus filhos, e enxergando-os enquanto corpo-sujeito, consideram que tais sinais/características são próprias do ser criança e apreendem que as agitações podem ser consideradas naturais, como observamos nas falas de Amanda e Joana: “*Para mim, eu achava que era normal o “desinquieto” dele. Para mim era normal, antes de descobrir o que ele tinha. Eu achava que ele era normal, mas que não parava quieto. Eu falava para ele que ele tem formiga*”; “*Para mim é normal ele não parar quieto aqui dentro de casa, e a gente fala, fala, fala... Não tem problema. O problema é ser assim na escola. Lá ele tem que aprender*”. Assim, embora as mães apreendam os sinais preocupantes de seus filhos, os quais em alguns momentos incomodam aqueles que estão a sua volta, não reconhecem tais características como um problema, como algo definitivo, que define o ser da criança.

Após essa primeira percepção dos “sinais preocupantes”, as mães passam a relatar a vivência com a instituição escolar, que foi apresentada na categoria de análise “**a compreensão da escola**”. Alguns aspectos que haviam aparecido como preocupação, ao serem visualizados no e pelo contexto escolar, são evidenciados sob outra perspectiva. Ao identificar a dificuldade de aprendizagem na escola, as mães passam a considerá-la como o sinal essencial na percepção de um “problema”. Algumas mães, inclusive, relataram que esta dificuldade propiciou o desencadeamento de dificuldades emocionais, irritação e nervosismo em seus filhos, o que também as afetou diretamente.

Vê-se que a escola é um forte parâmetro para essas mães, sendo que até então o contexto familiar era o que delimitava a preocupação. Ou seja, antes da escola as mães lidavam com as características do filho considerando-as apenas como “sinais preocupantes” da criança. No entanto, após verificarem dificuldades na aprendizagem e lidarem com a percepção das professoras, as mães passam a se relacionar com o nome TDAH, com a expectativa que seu filho tenha um “transtorno”, o que gera uma nova repercussão na dinâmica familiar. Assim, a entrada da criança na instituição escolar é marcada pela

necessidade de ajuda especializada ou de uma avaliação com um neurologista. Nesse sentido, os comportamentos de agitação da criança acabam por se tornar sintomas de um transtorno aos olhos dos professores. E assim, antes mesmo de se aventar outras possibilidades, vão reduzindo-a em algumas características, alguns sinais ou “sintomas”, que encaminham para a definição da existência de um “problema”.

Neste momento, outro modo de olhar a criança se revela na fala das mães. Os atores da escola, em especial os professores, centram-se nas características que atrapalham o “aluno”, e indicam para elas a necessidade de uma avaliação da criança. Assim, passam a se relacionar com a criança agitada, como “tendo” um corpo agitado, um corpo hiperativo, um corpo desatento; e não “sendo” este corpo, enquanto transcendência-transcendida, como alguém que não se reduz a corpo, mas transcende esse puro corpo. O corpo da criança para-outro deve ser considerado em uma totalidade: a criança que chega à escola com determinadas iniciativas, com uma agitação constante, com dificuldade de atenção, ou seja, enquanto corpo-em-situação, que como um todo, indica o ser que ela é.

As mães ao relatarem suas vivências no contexto escolar indicam que o posicionamento das professoras se encaminha para compreensão hegemônica do TDAH, a qual é organicista e individual, que confirma o discurso médico dominante. A escola, além de iniciar o processo de “nomeação” do problema, vai definindo a criança dentro de uma categoria, o corpo da criança torna-se objeto, cristalizando-se em um diagnóstico prévio. Tanto que muitas vezes, a própria escola “diagnostica” a criança (*“as professoras falaram que ele era hiperativo e que eu precisava procurar ajuda”* Joana), e ainda tendem a fazer o prognóstico desta criança, ao prever o medicamento que a criança precisa tomar, referindo-se frequentemente à Ritalina (nome comercial do metilfenidato), medicamento usado para o tratamento do TDAH (*“falavam que eu tinha que dar Ritalina para ele”* Sara).

Frente ao elevado número de crianças diagnosticadas presentes nas escolas, algumas mães relatam que para o professor é natural que os alunos sejam medicados com Ritalina, pois *“a professora dele fala que só na sala dele tem cinco crianças iguais a ele, que toma remédio”* (Amanda). Frente a esta situação, torna-se relevante resgatar as informações de Collares e Moyses (2007), as quais mencionam que ao “biologizar um problema, transformando-o em algo ‘natural, inevitável’, isentam-se todas as instâncias nele envolvidas” (p. 166), ou seja, naturaliza-se o uso do medicamento e, assim, o meio em que a criança está inserida, a sociedade desigual, as escolas com suas dificuldades, tendem a ser esquecidas.

A pressão que sentem do contexto escolar sobrepõe à compreensão dos “sinais preocupantes” da mãe. Ela vai assumindo o olhar do professor, o olhar do outro que toma a

criança objetivamente, em um único contexto delimitador, o escolar, desconsideram-na como ser relacional, histórico, social e dialético; sujeito universal e singular, em constante constituição, conforme salienta o existencialismo de Sartre. Com este posicionamento da escola, o qual é vivenciado intensamente pelas mães, elas se sentem pressionadas a fazer algo para resolver o problema que centralizaram em seu filho, como observamos na fala de uma delas: *“Mas é difícil porque a escola cobra demais. A escola quer que ele acompanhe todo mundo, mas ele é diferente, fica perdido, precisa de mais ajuda dos professores. Mas a escola te pressiona de um jeito que você dá o remédio para o seu filho mesmo não querendo dar”* (Jéssica)¹⁰.

A fala desta mãe sinaliza que são lançados dois olhares antagônicos à criança. Enquanto ela vê seu filho como alguém singular, que precisa de mais atenção para que suas necessidades escolares sejam atendidas; o professor, contudo, o vê como *“todo mundo”*, sem singularidades. No entanto, o olhar da escola acaba prevalecendo e, com ele, a perspectiva hegemônica. Assim, acabam desconsiderando que ali está uma criança que não consegue prestar atenção; que, talvez, faltem estímulos para sua educação; que o conteúdo pode ser desinteressante para ela; que existem conflitos externos, conflitos sociais, nas relações familiares, os quais podem atrapalhar seu *“modo de ser aluno”* e/ou seu aprendizado. Frente à compreensão biologizante do TDAH, deixam de enxergá-la como totalidade.

Diante disso, é possível pensar que as mães não se percebem livres e responsáveis por um projeto para si, o que envolve seus filhos, mas sim enredadas a uma objetividade, colocada pela escola, na qual se veem presas. Resgatando a compreensão de liberdade para Sartre (1943/2012), compreende-se que ela é inerente ao Para-si que possibilita perceber o passado e agir sobre o presente, buscando fugir daquilo que já está posto, que é *“natural”*, e transcender para algo que está além, para o que falta. Neste sentido, seria possível um enfrentamento do olhar objetificador. No entanto, muitas vezes, as mães também ficam presas neste olhar que encaixa a criança em uma lista de sintomas que remete a um transtorno, pois uma vez que a criança é pré-diagnosticada, *“pré-definida”*, colocada no âmbito de *“todo mundo”*, o caminho para resolver o problema que ela causa à escola tende a ser a via mais fácil, a considerada naturalmente indicada.

Em relação à vivência das mães com os **“profissionais da saúde”**, observa-se que nas narrativas elas apresentam o caminho percorrido até chegarem ao fechamento do diagnóstico que a escola *“abriu”*. No entanto, é apenas a partir da palavra do médico – e dos exames que

¹⁰ Nas vivências das mães, considero importante salientar que apenas uma delas informou que procurou ajuda antes da escola sinalizar essa necessidade.

ele solicita – que realmente torna concreto o diagnóstico para as mães e, então, passa-se a medicar as crianças. É preciso esclarecer que neste caminho, geralmente, as crianças são atendidas por outros profissionais anteriormente (por psicólogos e psicopedagogos), mas estes, após um período de acompanhamento, também acabam encaminhando para o neurologista.

Aqui, também se evidencia a apreensão de características que se desvelam pelo corpo da criança como indicativos de um problema neurológico e objetivo. Nesta situação, prioriza-se apenas o olhar para a criança distanciando da sua condição de ser-no-mundo; o que encaminha para a concepção determinista e reducionista do ser. Como percebido na fala de Amanda *“ele fez só esse exame da cabeça dele e já deu a Ritalina. E das outras consultas, ele nem olhava o menino, eu sentava lá e ele só dava a receita. Nem dois minutos, só carimbava e nem olhava para ele”*. Assim, a mãe da criança experimenta que seu filho é um ser em poder de outro, em uma relação sujeito/objeto; torna-se um ser-para-outro, não um ser-com-o-outro. Ela mesma vivencia isso em relação ao médico. Não se estabelece entre ela, a criança, o médico e a escola/professor uma relação de reciprocidade, ou seja, de reconhecimento do outro enquanto sujeito, liberdade, em movimento para o futuro.

Seria necessária a compreensão do todo, visualizando o sujeito, aquele que se encontra nos consultórios médicos, como único. No entanto, contrariamente, concentra-se naquilo que a criança tem em comum a todos, mas não em sua singularidade. Os médicos ao centrarem em sinais do seu corpo, nos comportamentos, na desatenção, desconsiderando a concepção relacional e dialética entre ser humano e mundo, deixam de olhar a criança enquanto ser em situação, o qual revela sempre um significado, remete ao ser de alguém, mais amplo e relacional. Ao olhar a criança por esta perspectiva encaminham-se para o modo como os manuais de desordens mentais caracterizam o TDAH, por meio dos quais é preciso apontar uma lista de sintomas para fundamentar a existência de tal transtorno. A partir disso, sintomas são encontrados, comportamentos são considerados inadequados e desconectados do ser daquela criança em específico. Desconsidera-se a realidade humana, o sujeito enquanto corpo/consciência. No entanto, a criança no seu próprio movimento, na sua posição, no olhar, no existir, se impõe como corpo-sujeito.

Os médicos, ao classificarem e organizarem os comportamentos apresentados pelas crianças descritos por familiares e/ou professores como um transtorno, tendem a desconsiderar o contexto sócio-histórico em que a criança se encontra inserida, as relações que os membros da família estabelecem com a criança, os momentos em que tais comportamentos se evidenciam, ou seja, desconsideram a existência de outros fatores e

situações que possam relacionar com essas manifestações. Mesmo considerando a situação escolar, ou melhor, a dificuldade de aprendizagem (relatada pelos pais ou pelos professores) prendem-se a este fator, reduzindo a criança a este contexto. Isso é verificado, ao constatar que a administração da medicação é indicada apenas para os dias e/ou períodos de aula.

É importante destacar que as mães relataram invariavelmente que após a consulta com neurologista e a realização de exames médicos (em especial, o eletroencefalograma - EEG¹¹), foi diagnosticado o TDAH e indicado o tratamento com o metilfenidato. As mães não relataram que o neurologista solicitou um relatório escolar da criança. Uma delas, inclusive, mencionou que foi a escola que fez um relatório para entregar ao médico no dia da consulta. Isso aponta para a concepção do TDAH enquanto um transtorno centralizado nas questões orgânicas, tal como consideram alguns autores mencionados no primeiro capítulo, Barkley (2002, 2008), Benczik (2006) e Rohde e Mattos (2003). Desta forma, verifica-se que prevalecem concepções reducionistas que destacam um único aspecto dentre a complexidade de variáveis que constituem o problema do diagnóstico do TDAH. Nos relatos das mães, a explicação médica sobre este transtorno aparece como *“uma coisa que não acompanha o cérebro dele”* (Joana); ou como algo inato, que *“geralmente isso é genético, hereditário”* (Aline).

Sobre os exames solicitados, torna-se relevante apontar, como mencionado no primeiro capítulo, que não existe um marcador biológico específico do TDAH e não há ainda nenhum teste ou exame específico para a identificação deste transtorno (APA, 2013; Caliman, 2008). Mas, de qualquer forma, ao observar o funcionamento do cérebro da criança por meio de exames, e a partir disso, emitir um diagnóstico da criança, os profissionais da saúde encaminham para a centralização da problemática da criança no corpo, especificamente no cérebro.

O embasamento na filosofia existencial permite um olhar crítico para o modelo hegemônico da compreensão do TDAH, uma vez que não se encerra apenas em um rótulo para a compreensão do ser. O DSM-V (APA, 2013) ancorado no modelo biomédico, apresenta uma lista de sintomas que a criança precisa possuir para ser considerada hiperativa. Pode-se pensar que essa lógica caminha no sentido contrário à compreensão de sujeito proposta, uma vez que neste caso a essência precederia à existência, ou seja, por possuir um corpo com tais características (essência) que a enquadram no TDAH, logo terá o transtorno e

¹¹ Convém mencionar que não era o objetivo do trabalho investigar com profundidade quais os exames pedidos e realizados pelo médico para a realização do diagnóstico. No entanto, é importante que se reconheça que todas as mães referiram-se a exames médicos, sendo algumas mais específicas, ao referirem ao Eletroencefalograma.

existirá a partir desta denominação. No entanto, não é possível atingir a essência do sujeito por simples acumulação de sintomas, pois neste caminho as crianças são apreendidas de modo fragmentado e unidimensional, na medida em que suas características são relacionadas a uma categoria particular de transtorno.

Retomando o entendimento de que a “existência precede a essência”, compreende-se que o homem é responsável por si e vai se constituindo no mundo. Inicialmente ele existe e depois, a partir do seu processo de relações, vai delineando sua essência. Nas palavras de Sartre, “o homem existe primeiro, se encontra, surge no mundo e se define em seguida” (Sartre, 1946/2010, p. 25). Assim, “rejeita-se a noção de que o ‘homem vem pronto’, seja pela hereditariedade, seja por um determinismo constitucional, mas considera fundamental o processo histórico do sujeito, suas relações concretas” (Schneider, 2002, p. 114). A partir desta compreensão, é o homem que possibilita compreender o ser do transtorno e não o transtorno que define o ser do homem, como ocorre frente ao pensamento da perspectiva organicista. Deve-se retomar que qualquer problemática do ser realiza-se na existência, o que encaminha para uma compreensão do homem enquanto sujeito de sua história (Schneider, 2002).

Como uma das consequências da concepção hegemônica sobre o TDAH tem-se o “**tratamento medicamentoso e seus efeitos**”, o que reforça o modelo determinista, individualista e centrado na contenção e/ou suspensão dos sinais preocupantes. Este fato encaminha para o pensamento de que as ações dos médicos, professores e, conseqüentemente, dos pais, centra-se no problema individual da criança e na sua “recuperação”, ao invés de ações e estratégias que visem proporcionar novos caminhos e possibilidades, que envolvam outros atores dessa situação. Pode-se pensar no papel que o medicamento assume ao ajudar as pessoas a viverem suas vidas, tanto as crianças quanto seus pais. O relato sobre os efeitos positivos da medicação dos filhos revela o quanto é necessário se adaptar, melhorar, ser atento, mesmo que estas mudanças sejam consequência de um estimulante do sistema nervoso central.

Nas narrativas foi observado que o uso do medicamento está associado ao período escolar. Neste ponto, volta-se à reflexão sobre a necessidade da medicação e também do diagnóstico no tocante à aprendizagem. Isso vai encaminhando para uma compreensão do remédio como um regulador da atenção e concentração necessária para as crianças na escola. Será que isso não encaminha para um entendimento de que o TDAH é um problema de aprendizagem? Se considerar esses parâmetros de administração do metilfenidato para o período escolar, a resposta pode ser positiva. Muitas mães relataram que em casa os filhos são

até “*espertinho demais*”; “*come-quieto*”, estão ativos fazendo suas atividades e, para tanto, não precisam do medicamento; outras mencionam que seus filhos ficam atentos naquilo que lhes interessa, se mostram curiosos frente a novidades, sendo estes, requisitos para o processo de aprendizagem.

Retoma-se, neste ponto, aquilo que foi apresentado sobre a escola ser sinalizadora do transtorno. Ao centralizar o problema na criança, medicando-a com uma droga que atua como um estimulante do sistema nervoso central potencializando as funções executivas, aumentando a concentração e diminuindo a fadiga (Santos et al., 2012), resolve-se um problema que a instituição escolar colocou em evidência. É interessante notar que as colaboradoras da pesquisa não manifestaram nenhum comentário sobre este fato em suas vivências, isentando o contexto escolar de possíveis questionamentos e/ou críticas. Assim, individualiza-se a dificuldade da criança o que alivia a busca por alternativas; a escola e os professores continuam atuando da mesma forma – as atividades escolares continuam sendo realizadas da mesma maneira, não buscam uma compreensão mais ampla e relacional do aluno, não se atentam para a relação professor/aluno, para as características da sociedade moderna, etc.

Observa-se que, a partir das falas das mães, o TDAH tende a ser considerado como um problema relacionado principalmente à aprendizagem das crianças, mesmo não sendo apenas este o critério necessário para o diagnóstico trazido pelo DSM-V (APA, 2013). De acordo com este manual, é preciso haver comprometimento em pelo menos duas áreas diferentes (por exemplo: em casa, na escola, no trabalho; com os amigos ou parentes; em outras atividades); e muitas vezes, os pais centram-se no comprometimento do filho no contexto escolar apenas. Com isso, se afasta de uma compreensão plural da criança e, como menciona Bonadio (2013), “médicos, demais especialistas, pais e professores esquecem-se de que as drogas não produzem aprendizagem, o que elas fazem é possibilitar a manutenção da atenção e a supressão dos comportamentos considerados inadequados” (p. 223).

Neste ponto, torna-se importante pensar no papel de mediador dos pais e professores no processo de ensino-aprendizagem. Observa-se nas falas das colaboradoras que as crianças tinham dificuldade para estudar, para aprender conteúdos da escola, no entanto, a maioria não tinha respaldo positivo dos seus pais, uma vez que as mães alegaram falta de paciência e falta de tempo, disponibilidade, para lidar com as dificuldades escolares do filho. Além disso, acabavam não recebendo respaldo da escola, que, ao centrar a problemática na criança (“*Ela é hiperativa*”), esvazia-se da responsabilidade sobre o “ensinar”, sobre as dificuldades do aluno

e outras questões pertinentes¹². Será que o problema de aprendizagem da criança não seria mais problema de “ensinagem”, problemas de como organizar e apresentar os conteúdos, problema didático, de método?

Torna-se importante resgatar que o TDAH não é exclusivamente um problema escolar. No entanto, essa compreensão se fortalece quando as mães destacam os efeitos positivos do medicamento também no contexto escolar: a concentração aumenta, o desempenho escolar melhora, o comportamento agitado em sala de aula diminui. Essas mães vivenciam com satisfação tais mudanças e poucas afirmam que o filho não avançou na escola a partir do tratamento medicamentoso. Contudo, algumas pontuaram que efeitos negativos também apareceram e as preocuparam, como por exemplo: diminuição de apetite, quietude, apatia, irritação e nervosismo. O que torna interessante lembrar, como explicitado no primeiro capítulo, que o metilfenidato, por ser uma droga que atua no sistema nervoso central, pode desencadear efeitos colaterais significativos, podendo afetar o corpo inteiro (Novartis, 2015), os quais condizem com os descritos pelas colaboradoras.

Além dos efeitos colaterais considerados negativos e vivenciados pelas mães com preocupação e ressalva, outro aspecto importante apareceu nas narrativas: as mães, a partir do Olhar do outro, se questionam sobre a escolha da medicação. Como aparece nos relatos de Ana e Amanda, respectivamente: *“Só que esse remédio é assustador, né? Quem é leigo no assunto, se assusta quando a gente fala que a filha toma Ritalina e dizem ‘Deus me livre tomar Ritalina’”*; *“Tem pessoas que falam: ‘Nossa, você vai dar Ritalina para o seu filho? Faz mal!’”*.

O Outro, muitas vezes, aparece como um regulador, que aponta para um assunto a ser refletido, mas que está naturalizado. O olhar do outro tem importância fundamental no existencialismo de Sartre (1943/2012), pois este olhar “remete de mim para mim mesmo” (p. 334). Pelo olhar, o Para-si torna-se Para-outro. Pode-se pensar que, muitas vezes, não presto atenção em minhas escolhas, meus gestos, no que se passa comigo, a não ser a partir do momento que estou diante do outro. Neste plano, a linguagem é o elemento que permite a revelação do modo como o Para-si é visto pelo outro e é por meio dela que tento conhecer o meu ser. Dito isso, é possível pensar que as mães vivenciam por meio de uma consciência irrefletida e espontânea o diagnóstico e o tratamento medicamentoso de seus filhos. No entanto, o Outro ao levantar alguns questionamentos pode estimular uma reflexão, podendo

¹² Sobre a questão do diagnóstico do TDAH e o contexto escolar sugiro a leitura da tese de doutorado de Bonadio (2013) e os artigos de Colares e Moyses (1994) e Eidt e Tuleski (2010), mencionados no primeiro capítulo desta dissertação.

favorecer uma consciência crítica reflexiva sobre a temática. Saindo ou não do que é considerado natural, há pelo menos a percepção que existe uma “polêmica sobre o remédio”.

Como foi observado nas narrativas, algumas mães efetivamente se questionam, tecendo discursos críticos que acabam incidindo sobre elas mesmas; no entanto, outras permanecem sem refletir sobre o assunto e recorrem a explicações médicas para embasar e justificar a medicação de seus filhos, as quais as encaminham para a concepção organicista, que reduz a criança a puro corpo e a trata de maneira individualizada e descontextualizada, esquecendo a relação dialética existente entre homem e mundo. Inclusive, algumas mães buscam argumentos e chegam a explicitar que sem o remédio não seria possível o filho “sobreviver” (Amanda) ao ambiente escolar, sendo necessário “*resolver um problema de cada vez*” (Ana). Mesmo constatando os possíveis efeitos negativos da medicação, consideram prioridade resolver a primeira problemática, ou seja, se sair bem no contexto escolar.

Torna-se importante refletir que ao interiorizar as verdades instituídas pela concepção hegemônica do TDAH, as mães exteriorizam no mundo ações que contribuem para a continuidade de uma prática fundamentada no individualismo e na responsabilização da criança. Entende-se, de acordo com Sartre (1943/2012), que o homem nasce em um mundo objetivo, com algumas regras e convenções impostas pela sociedade, ou seja, ao nascer nos deparamos não só com o outro, mas com as significações deixadas por ele. Muitas vezes, essas significações acabam orientando nossas condutas, no entanto, não é possível dizer que o Outro se constitui como um limite à liberdade, uma vez que somos livres para aceitar ou rejeitar o juízo alheio.

Perdigão (1995), apoiado em Sartre, menciona que é esta mesma limitação que torna a liberdade possível, pois só pode ser desejado aquilo que está separado do Ser e para conquistá-lo será preciso encarar a realidade concreta, fazendo um distanciamento para entender o que está contraditório e realizar mudanças, ou seja, agir no mundo de maneira reflexiva e responsável. Assim, mesmo diante da dificuldade de enfrentar o questionamento do Outro, se faz essencial uma compreensão daquilo que vivenciam, como fazem algumas mães, que favoreça o rompimento de práticas consideradas “naturalizadas”. A partir das relações que vivenciam no mundo, essas mães também podem produzir novas significações, o que “permite singularizar os objetos coletivos, humanizando a objetividade do mundo” (Maheirie, 2002, p. 36).

Neste ponto da discussão, uma vivência reflexiva de uma das mães deve ser pontuada: “*Será que realmente isso é uma questão neurológica ou é uma questão para vender? Porque*

antigamente, todo mundo sabia se criar sem saber o que era TDAH, todo mundo conseguia se desenvolver. Por que será que agora precisa de medicação?” (Aline). Frente a este questionamento, torna-se importante pensar que o fenômeno do TDAH pode beneficiar muitos que com ele desejam obter lucros. Barros (2002) alerta para o fato de que por detrás da ideologia que incentiva a resolução dos problemas está uma classe hegemônica que explora a relação entre produção e consumo, oferecendo e estimulando o consumo de serviços e bens médico-assistenciais. Esse consumismo na sociedade atual, especificamente na indústria da saúde, faz com que esta se transforme em mercadoria que pode gerar lucros. Com isso, é possível pensar que a concepção hegemônica do TDAH promove este consumo, uma vez que rotula a criança como único responsável pelo transtorno no comportamento e aprendizagem e, conseqüentemente, pela sua cura.

Ainda em relação às vivências das mães com o tratamento medicamentoso e seus efeitos, considera-se importante resgatar o recebimento da notícia do diagnóstico e da medicação, apresentado na categoria de análise **“a compreensão da mãe”**. As narrativas apresentam diferentes nuances, ora vistas como *“normal”*, *“tranquilo”*, e até mesmo como um *“alívio”*; como também, por outro lado, foi considerado muito difícil, *“triste”*, *“pesado”*. O alívio vem carregado com a expectativa de melhora frente ao tratamento, já que assim *“teria uma solução para isso e poderia tratar”*, como mencionou Ana. Ao individualizar o transtorno, a criança se torna a única fonte de mudança, o que isenta todo contexto de qualquer relação com o diagnóstico do TDAH. Assim, a escola, os pais, os médicos, ou seja, a sociedade de modo geral fica liberada: encontrou-se o cerne da problemática, o cérebro da criança, é o que torna disfuncional os comportamentos e a atenção. Quando as mães reagem de forma oposta, quando vivenciam com tristeza a notícia, geralmente a relacionam com o fato de ter que tratar seus filhos, a partir disso, com *“medicamento pesado”*, o que retoma a polêmica do medicamento, já abordada anteriormente.

Desta forma, um olhar atento sobre as narrativas das mães, permite notar que, se por um lado o diagnóstico e o tratamento de seu filho geram tristeza; por outro, contribui para um relativo alívio das mães, pois a informação de que o filho *“tem TDAH”* introduz uma causa orgânica que justifica as dificuldades apresentadas pela criança. Mesmo que o tratamento medicamentoso não produza os efeitos esperados ou, então, gere efeitos colaterais, a satisfação em obter uma resposta objetiva produzida pelo diagnóstico as tranquiliza, mas dificilmente as implica em uma compreensão sobre o modo de ser-no-mundo de seus filhos.

Contudo, passado esse momento inicial, observa-se que a vivência com o diagnóstico pode provocar algumas mudanças nessas mães, seja na compreensão do que é o transtorno,

seja na maneira como lidam com os filhos. Pode-se dizer que lidar com o diagnóstico propicia um espaço de mudança significativa no projeto de ser dessas mães, tendo em vista que alteraram a experiência vivida e com elas suas ações e seu modo de agir com a criança. Tentam desenvolver a paciência e a calma, que não se faziam presentes antes. A partir do olhar do Outro, nomeia-se o “problema”, o que favorece um espaço para mudança. Neste ponto, torna-se importante pensar na importância deste olhar do Outro para que a atenção se volte para a maneira com que ela lida com seus filhos e como estão realizando a mediação de seus filhos com o mundo. É a partir do fato de “ter-um-filho-diagnosticado-TDAH” que essas mães transcendem e vislumbram outras possibilidades de ser, projetando-se de forma diferente nesse ser-no-mundo com o filho diagnosticado.

Verifica-se que para as mães é muito difícil entender o que é realmente este transtorno. Tentam encaminhar para a compreensão que os professores e o médico lhes apresentam (a qual caminha para a lógica organicista); mas se questionam, pois nos dias de hoje tudo pode ser considerado um problema, como se observa na fala de Sara: “*se fica quieto demais*” é um problema; “*se é agitado demais*”, é outro. Além disso, tentam buscar “causas” para explicar o transtorno, e muitas vezes, a causa ou o fator que para elas favorece o aparecimento do transtorno, sobrepõe-se à compreensão do ser da criança. Ora embasando-se em causas orgânicas, ora buscando fatos pontuais no passado, ambos os movimentos tendem a justificar o presente momento.

Em um discurso marcante, por exemplo, Lara traz questionamentos, sobre a responsabilidade que teve no transtorno do filho, uma vez que ela tinha uma série de expectativas com a gravidez que não se concretizaram. Assim, buscou causas, possíveis fatores determinantes – seja um conflito pessoal que ela vivia, seja a forma com que cuidou do seu filho – que justificassem a existência do transtorno. Outros exemplos aparecem nas falas de Ana e Aline, respectivamente, que disseram: “*Eu e o meu marido brigávamos muito, e isso tudo eu sei vai afetando a vida da criança. Então tinha um monte de coisa errada dentro de casa*”; “*eu saí da casa da minha mãe, porque eu não era casada ainda, mudamos de casa; meu pai ficou doente, com câncer, ficou um ano inteiro em tratamento e depois, faleceu; aí começaram as dificuldades na escola*”. Mesmo buscando uma compreensão que supere a concepção hegemônica do TDAH, vislumbrando as interferências de outras variáveis para a compreensão do diagnóstico, acabam ficando presas a outro determinismo, o passado. No entanto, este movimento ajuda ampliar um pouco mais o olhar para além da pressão da escola e do olhar médico, mesmo que não as afastem definitivamente da lógica do discurso

hegemônico – uma vez que continuam validando o diagnóstico com a realização do tratamento medicamentoso subsequente.

Frente à angústia e à responsabilidade conferida pela própria liberdade, condição ontológica do homem, essas mães quando precisam se posicionar entre medicar ou não, optam pela aceitação. Acredita-se, a partir dos pressupostos da filosofia existencial, que o homem tem o poder de se reinventar, uma vez que é livre, mas é preciso que haja um distanciamento daquilo que já está “posto”, a partir de uma consciência reflexiva, para promover mudanças. A partir disso, é possível explicar pelo futuro as ações do presente, pois um projeto é sempre realizado visando uma condição futura, sendo que “totalizar-se significa temporalizar-se, ou seja, produzir uma síntese dialética das experiências passadas, presentes e futuras, que definem os contornos de quem é o sujeito” (Schneider, 2002, p. 188). Para tanto, é fundamental se perceber como um ser livre e relacionado com um mundo objetivo, numa relação dialética de exteriorização do interior e interiorização do exterior. Mas é preciso considerar também a hegemonia do saber médico e da medicalização na sociedade atual. Isso exerce uma pressão enorme nas mães, uma vez que o saber leigo, o saber popular é relegado como sem valor, pois não é científico. Na expectativa de cumprirem com seu papel de “boas mães”, ou também, com aquilo que “esperam” delas (como, por exemplo, pela pressão da escola) optam por aceitar a medicação, mesmo tendo alguma reserva.

Outro aspecto relevante a se considerar é “**o cuidado**” que as mães dedicam aos seus filhos. Mesmo frente às dificuldades do cotidiano, elas encaminham seus filhos aos profissionais especializados (médicos, psicólogos e psicopedagogos) e realizam as indicações que recebem. Uma das colaboradoras, Aline, revelou que “*ser mãe de TDAH cansa*”. Esse cansaço não se refere apenas ao elevado número de consultas, mas também ao cotidiano marcado de sobrecarga, considerando que os filhos não atendem a seus pedidos, não executam as tarefas solicitadas, não prestam atenção; refere-se também às contradições que se apresentam ao ter que lidar com este diagnóstico, com os olhares e opiniões dos outros, com a imposição da escola para que seja tomada uma atitude.

Torna-se ainda mais pesado o fato de ser um transtorno para o “resto da vida”. Ao fixar a compreensão do sujeito com diagnóstico de TDAH na compreensão hegemônica, as mães ficam limitadas com a impossibilidade de mudança dos filhos, uma vez que ele é assim e sempre será: “*Vai ser para o resto da vida. Não pode deixar cair, pois se deixar a gente entra até em depressão, né?*” (Sara); “*Isso me atormenta, sei que não tem cura, mas eu tento fazer o mundo dele melhor*” (Jéssica). Fechar a criança em um diagnóstico determinante para

o resto da vida é enxergá-la como um ser totalizado, acabado, que se afasta da compreensão do ser enquanto liberdade, que pode possibilitar novas iniciativas terapêuticas e de mudança.

Torna-se importante salientar que o cansaço das mães, ao cuidar de uma criança diagnosticada com TDAH, pode gerar olhares não atentos para as reais necessidades de seus filhos. Fica evidente nas narrativas o quanto o cuidar exige das mães, sendo que a falta de paciência apareceu invariavelmente e as mães relataram a dificuldade de cuidar sem perder o controle. “*Eu não tenho paciência*” apareceu como denominador comum em todas as narrativas. Ao buscar o significado da palavra “paciência” no dicionário Michaelis Moderno¹³, encontra-se que do latim *patientia* significa qualidade de paciente; virtude de quem suporta males e incômodos sem queixas, nem revolta; qualidade de quem espera com calma o que tarda; ou, ainda, perseverança em continuar um trabalho, apesar de suas dificuldades e demora. Ao assumir a falta de paciência, as mães evidenciam a dificuldade de lidar com os “sinais preocupantes” dos filhos, com a agitação, impulsividade, desatenção e mostram a dificuldade de continuar um trabalho que exige calma e, muitas vezes, requer tempo.

Independente de ter um filho com características que favoreça o diagnóstico de TDAH, cuidar exige tempo, abertura e disponibilidade. Esses são recursos exigidos dos pais e que a contemporaneidade dificulta cada vez mais com a correria do dia a dia. Ao tomar como ponto de partida os relatos das mães, consegue-se vislumbrar o mundo vivido dessas crianças, ou seja, compreende-se que o mundo circundante das crianças é baseado na vida corrida dos pais, no trabalho em excesso, na rotina exaustiva, na dificuldade para ensinar, na falta de paciência, na sobrecarga das mães, etc. Além disso, podemos pensar também nos espaços que a criança ocupa hoje em dia: mora em apartamentos, não pode brincar na rua, nos parques, porque não é seguro (trânsito e violência), o que restringe o seu espaço e suas possibilidades de gastar a energia do corpo. O que se vê, cada vez mais, são corpos imobilizados, presos em pequenos espaços, a jogos eletrônicos, telas de computador, televisão, etc.

Ao considerar que o homem é um sujeito singular/universal, entende-se que o modo de vida, a fala, o comportamento, a postura, remetem sempre ao projeto do indivíduo, o qual é fruto da condição material, social e histórica em que ele se encontra inserido e da sua apropriação por parte do sujeito. O homem produz uma apropriação individual da realidade coletiva que o cerca, sendo resultante desse processo de interiorização da exterioridade social e de exteriorização de sua apropriação individual (Schneider, 2002). Assim, pode-se pensar

¹³ Michaelis. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>.

que as manifestações de comportamento agitado, impulsivo, desatento e hiperativo devem ser entendidas a partir do núcleo de vida e da história de cada uma das crianças; e, pelo que foi apreendido por meio das narrativas, estão em plena conexão com o mundo vivido das mães que participaram desta pesquisa, que por sua vez, também expressam o modo de vida social da atualidade. Modo de vida que também vivencio e me aproxima das experiências dessas mães não só como pesquisadora, mas também como mãe de uma “criança agitada”. Permito-me, por isso, fazer um breve parêntese.

Pensando sobre a importância e a vivência deste processo de pesquisa, percebo que desenvolver este trabalho significou um marco na minha vida acadêmica, profissional e pessoal. Além de me apropriar dos conhecimentos científicos ligados à temática pesquisada (escutando as diferentes vozes que dialogam sobre o diagnóstico do TDAH), pude desenvolver habilidades e competências no campo da pesquisa, as quais poderão e serão transportadas para outros contextos, seja no campo acadêmico e/ou profissional.

Considerando-me um ser-no-mundo, um sujeito singular/universal, considero que compreender minha história singular, que é a expressão dos conflitos vividos por mim, é dar abertura para compreender também a época em que vivo, a cultura da qual faço parte, o mundo de hoje, mundo este acelerado, agitado e exigente. Por me considerar universal, sou também resultante do meu tempo, do meio que estou inserida, e neste momento, considero-me uma ponte para compreensão do nosso tempo e cultura. Assim, permito-me relatar a experiência que tive enquanto pesquisadora/aluna de mestrado, ao mesmo tempo, em que vivi a minha estreia na maternidade.

Ao descobrir-me mestranda, descobri-me gestante. A intensidade dessas duas vivências embora me preocupasse, trouxe ricas reflexões tanto para a pesquisa quanto para a minha vida pessoal. A correria do mestrado, o curso dos créditos necessários, o desejo de produzir uma dissertação de qualidade e o meu desejo de ser uma boa mãe caminharam juntos. E então, me vi gestante de 30 semanas, entregando os últimos trabalhos das matérias obrigatórias; tornei-me mãe e um dia depois me vi obrigada a refazer um trabalho de metodologia, sem saber por onde recomeçar. A maternidade e a pesquisa foram amadurecendo juntas. Porém, as duas exigiam tempo e dedicação quase exclusiva – como conciliar? Vi-me acordada de madrugada para concluir os trabalhos acadêmicos antes de meu filho nascer; assim como, me vi acordada de madrugada acalentando meu filho que chorava, simplesmente a madrugada inteira. Percebi-me amamentando meu filho sem olhar em seus olhos; assim como, me percebi com o celular na mão, esperando novos e-mails da minha orientadora; descobri-me amamentando de hora em hora por madrugadas a fio, ao mesmo

tempo em que procurava artigos científicos sobre agitação, inquietude e impulsividade. Onde estava minha atenção? Onde estava a minha qualidade? Qualidade acadêmica? Qualidade como mãe? Atenção para qual papel? Vi-me refém do celular, tablet, computador e livros para dar conta do que precisava fazer. Descobri-me refém das madrugadas intermináveis com meu filho chorando e o celular mostrando “um novo e-mail”. A relação entre essas duas “funções” assumidas concomitantemente (ser pesquisadora e ser mãe) era quase natural, “nasci” para as duas no mesmo dia praticamente. Mas confesso que fui sentindo-me perdida nisso tudo e misturada com aquilo que vivia e estudava.

Até que um dia, frente ao cansaço excessivo, resultado das noites mal dormidas, com meu bebê acordando e mamando de hora em hora, me deparo com o questionamento do meu marido: “*Vamos levar nosso filho em um especialista do sono? Ele não dorme, não descansa, acorda muito durante a madrugada, é agitado. Precisamos de ajuda*”. O especialista poderia realmente ajudar? Sim, pode ser que sim. Mas será que era preciso recorrer a este saber para perceber qual era a relação que estávamos construindo com nosso filho? Não, não acredito que precisávamos de um especialista. Era preciso olhar para mim, para o meu momento, para as minhas exigências, para a minha história, para o meu contexto, para minha dinâmica familiar... bastava isso para entender que não. Meu filho não precisava de um especialista do sono; precisava sim de um olhar atento que percebesse o mundo circundante, aquilo que estava ao nosso redor, o nosso mundo vivido.

A busca por ajuda externa para identificar um conflito relacional é um dos caminhos possíveis e, por que não, cômodo. Porém, antes disso, percebi que estar com meu filho (amamentando ou não) com um celular na mão é não dar prioridade a ele; atribuir a ajuda para um especialista, no meu caso, seria não conseguir reconhecer que quem mais pode ajudar meu filho sou eu que estou constantemente ao seu lado e que, neste momento, sou a responsável pelas mediações entre ele e o mundo. Senti efetivamente que a pesquisa científica e a vida real estavam caminhando juntas. O que desencadeou um processo de reflexão: ajudou-me a reconhecer e vivenciar que somos seres relacionais, em construção, dialéticos, sociais e históricos. O meu contexto me pede sempre mais; o meu filho me pede sempre mais presença. Para cada situação particular um olhar desprovido de preconceito e julgamento, um retorno à coisa mesma. O que tudo o que eu vivia me dizia? No meu caso, dizia para eu respeitar a relação mãe/filho e pesquisadora/dissertação. Olhar atentamente para isso foi essencial. Precisei realizar escolhas frente a estas relações e abrir mão de tantas outras. Chegando ao final deste trabalho, digo que senti a realidade da fala de cada uma daquelas mães que se dispuseram a dividir comigo suas vivências. Caminhei junto com elas num processo de

questionamentos, dúvidas e inseguranças. E eu que em muitos momentos me considerei tão singular... Percebi-me no plural, no universal, frente à singularidade daquelas diferentes mães.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução deste trabalho lembrei uma história que marcou o meu “ser psicóloga”. Maria me ensinou nos encontros que tivemos que não era só um corpo agitado, inquieto, impulsivo. Ela me fez pensar, refletir e buscar um olhar diferente daquele que tinham dela. Hoje, após realizar a pesquisa, constato que encontrei outras histórias de "Marias", que pude conhecer por meio dos relatos de suas mães. Mães de "Marias" que aceitaram participar da pesquisa e contaram sua vivência com o diagnóstico de TDAH e o tratamento medicamentoso de seus filhos. Relataram histórias singulares, diferentes uma das outras, mas com traços que se cruzaram e permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Ao estudar sobre fenomenologia, entendi que a redução fenomenológica é elemento essencial de uma pesquisa nesta abordagem e que "colocar entre parênteses" as definições elaboradas pela ciência, pelos manuais ou pelas ideias dominantes, não é tarefa fácil. Confesso que, *a priori*, ali estavam mães que escolheram a medicação como via de tratamento, por este ser rápido, “eficaz” e tranquilizador. Certo preconceito pairava em minhas considerações e buscas. Porém, ao me abrir para o fenômeno e buscar o sentido do diagnóstico do TDAH e a medicação para mães com filhos assim diagnosticados, deparei-me com situações e histórias que me fizeram pensar diferente. Fizeram-me diferente.

No início deste trabalho, levantei algumas questões: Por que diagnosticar e medicar a criança inquieta tornou-se uma urgência na atualidade? É possível que essas manifestações nomeadas “sintomas” que caracterizam um transtorno revelem informações sobre a família e a sociedade atual? Para buscar responder essas perguntas, por meio do método fenomenológico de pesquisa, este estudo foi direcionado mais especificamente para as vivências dos responsáveis por crianças diagnosticadas TDAH e medicadas para que, a partir da análise compreensiva delas, fosse possível compreender o sentido deste diagnóstico e ao tratamento subsequente em suas vidas, visando enriquecer as reflexões acerca do diagnóstico do TDAH. Assim, busquei responder as seguintes questões: Como os pais têm lidado com seus filhos diagnosticados com TDAH? Como os pais chegaram à decisão de levar seu filho ao médico? Como vivenciaram o recebimento do diagnóstico e a indicação do tratamento com remédio?

Ao longo deste trabalho, apresentei as ideias centrais que precisavam de um olhar mais aprofundado e fui detalhando a pesquisa. Para refletir sobre o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, realizei uma busca a partir das produções que se tem a respeito deste transtorno em diferentes perspectivas, almejando uma compreensão ampla

sobre este tema. Nesta busca, apresentei a visão hegemônica sobre o TDAH que favorece o olhar unilateral numa perspectiva voltada ao aspecto biológico, reduzindo o fenômeno ao corpo que precisa ser medicado. No entanto, constatei também que há pesquisadores que consideram este diagnóstico uma polêmica que favorece o reducionismo biológico e encaminham para discussões sobre a medicalização da vida. Além disso, após uma breve exposição sobre a filosofia existencial, foi apresentada a visão de homem que embasa esse estudo, o qual é considerado um sujeito tecido no mundo, um ser-no-mundo, ser relacional, que se encontra inserido em um contexto sócio-histórico, sendo uma unidade corpo/consciência. O resgate da filosofia existencial como base teórica, ao mesmo tempo em que ampliou as possibilidades de olhar o diagnóstico do TDAH, distanciando-se de explicações objetivas e orgânicas para o transtorno, também forneceu uma base para refletir sobre as vivências das mães entrevistadas.

Buscando respostas para as questões mencionadas anteriormente, realizei sete entrevistas com mães de crianças diagnosticadas com TDAH e medicadas, as quais foram fornecendo algum contorno às respostas que procurava. A participação destas mães permitiu o desvelamento do mundo vivido por elas, desde a percepção inicial dos sinais que geraram alguma preocupação até chegar às formas de cuidado e às intervenções adotadas ao longo do caminho.

Encontrei aspectos relevantes da existência da mãe que está sendo no mundo com um filho diagnosticado com TDAH e medicado. Dentre eles, as mães revelaram que se encaminharam para a solução de medicar quando deixaram de conceber os comportamentos dos seus filhos como sinais preocupantes e passaram a enxergá-los por meio de um diagnóstico, ou seja, *“meu filho é hiperativo”*. Esta passagem ocorre principalmente após a entrada na instituição escolar, a qual evidencia os comportamentos da criança como algo que não vai bem, sendo assim, aquilo que antes poderia ser considerado “normal” passa a ser visto como um transtorno. A escola torna explícita e, às vezes, até valida o aparecimento do diagnóstico. E a partir do olhar da escola, as mães “descobrem” que realmente o filho tem alguma coisa; nomeia-se um problema. Frente a esta descoberta, adentram em um mundo de buscas por ajuda, por “cuidados”, e encaminham seus filhos para atendimentos especializados, até chegar ao neurologista que fecha o diagnóstico de TDAH e indica o tratamento medicamentoso. Esse diagnóstico, geralmente, é dado a partir da indicação da escola e da avaliação do neurologista, e é realizado com base nos relatos das mães e em alguns exames médicos.

As narrativas das mães entrevistadas indicam que o posicionamento das professoras sobre o comportamento de seus filhos encaminha para compreensão hegemônica do TDAH, a qual é organicista e individual, que legitima o discurso médico. A escola, além de iniciar o processo de nomeação do problema, vai definindo a criança dentro de uma categoria. Voltando a atenção para os aspectos objetivos, criam barreiras para a compreensão da criança e de todo o contexto no qual a criança está inserida; desloca-se um problema contextual, multideterminado; para explicações pontuais, embasadas em uma ou poucas variáveis que a compõem. Nesta perspectiva, pouco importa a história da criança, pois o TDAH é explicado da mesma forma para todos.

A análise das narrativas mostra que as mães validam o discurso médico e, conseqüentemente, fixam-se no olhar que a escola tem de seus filhos e, mesmo frente às dúvidas e as incertezas em relação ao tratamento recomendado, apresentam dificuldade para superar a visão organicista. Como vimos, esse diagnóstico tem se tornado cada vez mais comum, o que sugere uma predominância do saber médico/científico sobre o sujeito; e menos predominante a visão que busca ampliar a singularidade e o contexto histórico-social em que se constitui o ser. O diagnóstico do neurologista volta-se para o enquadramento dos sintomas, funciona como um organizador da “problemática” e se sustenta no Olhar do Outro representado, principalmente pelo olhar da escola, dos professores. Essa concepção desdobra-se no modelo de tratamento medicamentoso, que coloca a supressão dos sinais preocupantes como objetivo principal. Para a resolução desse problema, a medicação é entendida como a forma de tratamento mais adequada, quando se pretende manter a atenção da criança, controlar sua impulsividade e hiperatividade e, portanto, atingir uma aprendizagem esperada. Assim, mesmo vivenciando como “*uma pressão*” o posicionamento da escola, o encaminhamento médico e a medicação subsequente do ser-criança-agitada se desvelam como o caminho trilhado por essas mães.

As vivências das mães que participaram da entrevista também indicam que o recebimento do diagnóstico do TDAH pode ser visto sob dois aspectos: por um lado o diagnóstico e o tratamento do filho geram tristeza (pois precisam dar medicamento para criança e vivenciam a “polêmica do remédio”); por outro, contribui para um relativo alívio das mães, pois a partir do momento que o filho recebe o diagnóstico do TDAH introduz-se uma causa orgânica que justifica as dificuldades apresentadas pela criança. No entanto, ambas situações encaminham para a prática medicamentosa e, mesmo que este tratamento não produza os efeitos esperados ou, então, gere efeitos colaterais, a busca por uma resposta

objetiva produzida pelo diagnóstico tranquiliza, entretanto, dificilmente as implica em uma compreensão sobre o modo de ser-no-mundo de seus filhos.

Aceitando a medicação, mesmo questionando e duvidando dos benefícios, as mães contribuem para o fortalecimento da compreensão hegemônica do TDAH, a qual apresenta uma visão naturalizada e reducionista, a-histórica, acrítica, acentuando a ideia do indivíduo desconectado do coletivo e do mundo das coisas, da materialidade. Desta forma, elas caminham para a manutenção do processo da medicalização da vida e se posicionam com certa passividade frente ao mundo que está posto, dando continuidade as histórias do TDAH construídas até o momento. Dessa maneira, não se veem como singular/universal, que produzem e fazem história.

Outro aspecto interessante apontado na discussão foi que as mães relataram mudanças significativas na forma de se relacionar com seus filhos após o diagnóstico – buscam ter calma, mais paciência, toleram alguns comportamentos. No entanto, as mudanças limitam-se à forma com que elas se posicionam frente ao filho, em seu modo de agir com a criança após o diagnóstico, ou seja, passam a ser mais compreensivas com as dificuldades de atenção ou de comportamento, compreendendo-as como resultado de uma disfunção no organismo, mais especificamente no cérebro. Porém, ao provocar mudanças após o diagnóstico, deixam de buscar uma compreensão sobre o modo de ser-no-mundo de seus filhos, de si mesmas e dos arredores, no mundo onde estão inseridas. Ao se firmarem no diagnóstico dado pela escola e pelo médico, as mães passam a ter dificuldade em olhar o todo de seus filhos, suas relações, suas mediações, que os fazem ser-no-mundo com tais características (agitado, desatento, impulsivo e hiperativo).

Ao refletir sobre como as mães lidam com os filhos, observei que a falta de paciência é uma marca presente em todas as narrativas: “*Ser mãe de TDAH, cansa*”; “*Eu não tenho paciência*”; etc. Se as mães se consideram sem paciência, podemos pensar que medicar, achar uma solução para um problema centrado no corpo da criança, é mais fácil que compreender as relações que estabelecem com elas.

Outro ponto que considero importante mencionar é que me deparei apenas com mulheres/mães que se disponibilizaram a ser colaboradoras da pesquisa, nenhum pai foi entrevistado, embora no contato inicial fosse explicado que seriam entrevistados os pais/responsáveis pela criança. O que isso pode nos informar? É possível pensar que são as mães que se responsabilizam pelo cuidado do filho diagnosticado com TDAH. Não digo isso devido ao fato de apenas mulheres terem participado da pesquisa, mas também pelas informações presentes nas narrativas, as quais revelaram que há uma sobrecarga das mães,

cabendo somente a elas, na maioria das vezes, a responsabilidade pelo cuidado com o filho. Isso nos encaminha para a compreensão de que na dinâmica familiar das mães entrevistadas, são elas que assumem uma carga maior de responsabilidade. O que torna mais compreensível a falta de paciência, uma vez que são as mães/mulheres que se revelam como “cuidadoras” dos filhos.

Quando a escola e os médicos (e, conseqüentemente, a família) focalizam o olhar para o corpo agitado, para a desatenção, deixam de olhar uma criança que *está* agitada, *está* desatenta ou *está* inquieta. A “cura” promovida pelo medicamento não proporcionará a superação de um transtorno, mas poderá contribuir para a manutenção de um mesmo contexto e “estimular” a criança a voltar a agir como esperam que ela aja – como a escola exige que ela seja, como os pais desejam que ela se comporte. O medicamento apenas tenta restabelecer o sujeito a um momento anterior ao aparecimento dos “sinais preocupantes”, mas não altera o contexto em que essa problemática se constituiu. Pouco importa a singularidade de cada criança, as relações que ela vivencia no mundo concreto, enquanto sujeito do seu ser. Importa o conjunto de sinais e/ou características apresentadas pela criança, os quais somados indicam um transtorno.

No centro de toda discussão acerca do diagnóstico do TDAH, embora este estudo tenha se voltado para as vivências dos pais, há uma criança que recebeu tal diagnóstico como um “rótulo”, como uma denominação que traz consigo explicações ou informações sobre como resolver tal problemática. Há uma criança que impacienta e impacta as pessoas com seu modo de ser-no-mundo; há uma criança que tem sobre si os olhares daqueles que a enxergam por um único prisma. Considerando que, de acordo com os princípios do existencialismo, o ser da criança vai se constituindo na dialética entre o que os outros fizeram dela e o que ela faz disso, será a partir da mediação com os outros que lhe passam “uma verdade”, que ela experimenta-se como um ser determinado, como por exemplo, sendo “hiperativa”, “TDAH”.

Mesmo compreendendo que o essencial é o que a criança faz daquilo que fizeram dela, a importância desta cena, ou seja, deste diagnóstico em sua vida, também influencia, coloca em jogo seu projeto para o futuro, o seu ser futuro. Se ela se prende a esta verdade determinista, isso pode dificultar a superação de seus conflitos existenciais. Schneider (2002) menciona que a estrutura familiar é interiorizada pela criança em atitudes e exteriorizada em práticas e, assim, ela vai se constituindo pelas superações e conservações dos aspectos objetivos de sua existência. As pessoas que se relacionam diretamente com a criança ao mostrarem suas expectativas apresentam-lhe também uma identidade: dizem que é muito quieta ou muito agitada; é esperta ou desatenta; querem que aja de determinada maneira e se

incomodam quando age de outra, etc. Aos poucos, constroem um modo de lidar com ela. Por isso, é muito importante compreender como se estabelece este cuidado com a criança.

De diversas maneiras uma criança apreende o que ela é pelo que lhe dizem sobre o significado das suas ações e seu efeito sobre os outros. E o que ela está apreendendo deste olhar cristalizador que diagnostica e fecha? Se a criança é mais agitada ou desatenta, ela pode criar formas de ser-no-mundo com tais características. No entanto, com a medicação que interfere no seu modo de ser, como buscará estabelecer-se no mundo com tais características que ficam “camufladas”? Frente aos sentidos desvelados nesta pesquisa, ao mesmo tempo em que apresento algumas possibilidades de respostas, novos questionamentos surgem: Como se dá a mediação dessas crianças com o mundo frente à experiência de ser-no-mundo medicada? Quais são os efeitos dos discursos desses pais, sendo eles um dos principais mediadores dela com o mundo? Como essas crianças estão se constituindo?

Uma das contribuições que esta pesquisa trouxe foi à compreensão de que precisamos do olhar do outro para constituir o nosso ser. De acordo com Sartre (1943/2012), é frente ao olhar do outro que me reconheço, sendo que este Outro cumpre uma função para a qual não somos capazes: “ver-nos como somos” (p. 444). O Outro me vê de uma forma que eu jamais poderei alcançar. Resignamo-nos a nos ver pelos olhos dos Outros, o outro me vê e passa para mim valores sobre a minha existência. O olhar do Outro é fundamental e fundante do nosso ser. No entanto, o olhar descontextualizado pode transformar os comportamentos, os “sinais preocupantes” em uma categoria diagnóstica, o que favorece uma percepção fragmentada e reduzida sobre a criança, dificultando a compreensão do seu modo único de ser-no-mundo.

A criança diagnosticada com TDAH é refém do olhar do Outro que a regula e busca normatizá-la. Embora não se tenha pleno conhecimento ou controle sobre a liberdade do Outro, nem sobre o modo como o outro pode me objetificar, olhar, categorizar, diagnosticar, a forma de vivenciar essa significação que o outro confere, acompanhará a maneira de experimentar as “limitações” à liberdade de acordo com o projeto original, que confere sentido e propicia escolhas. Fechar uma criança a um diagnóstico é considerá-la como um objeto e, a partir daí, não há espaço para relação, para a flexibilidade; não há movimento, nem dialética.

A forma de ser-no-mundo é ser corpo, não existe qualquer ato humano que não pertença à esfera corporal, mas esta manifestação transcende a facticidade do corpo biológico e alcança a corporeidade pela qual outras dimensões do ser podem se tornar presentes, como o cultural, o social, o relacional. O projeto, as ações, os comportamentos se fazem e se dão no

mundo, ser humano é ser-no-mundo. Assim, concordando com os fundamentos existencialistas, para compreender o projeto de ser de uma pessoa, deve-se apreendê-la em sua totalidade: em cada ato, cada gesto, cada escolha, cada palavra, o sujeito se mostra integralmente. São modos do homem se relacionar com o mundo. Não há um só gesto, um comportamento do ser que não seja revelador, pois o homem “se exprime inteiro na mais insignificante e mais superficial das condutas” (Sartre, 1943/2012, p. 696).

Desta forma, é possível compreender que os comportamentos são expressões que fazem parte da totalidade do ser, não podendo ser analisado de modo fragmentado. Entretanto, explicações medicalizantes tiram do foco a compreensão do ser singular/universal que o homem é, considerando-o apenas singular, e tantas outras questões universais que existem e constituem o mundo circundante do sujeito são descartadas. A partir daí, desconsidera-se o contexto sócio-histórico, como, por exemplo, o baixo investimento em políticas públicas educacionais, a qualidade das escolas, a formação dos profissionais da educação, o papel dos pais, focalizando toda responsabilidade na criança.

Os sentidos do diagnóstico do TDAH e o tratamento medicamentoso revelados pelas mães de crianças assim diagnosticadas possibilitam novas discussões e ações coletivas, que não devem ficar restritas ao contexto familiar, mas estender-se à escola, aos médicos, aos psicólogos, aos psicopedagogos e outros especialistas, na intenção de romper com a concepção hegemônica do TDAH, a qual desconsidera o homem enquanto ser-no-mundo. A perpetuação desse olhar legítima uma desconexão do sujeito com o mundo, reforçam o olhar reducionista para as verdades postas do TDAH e podem contribuir para a manutenção e aumento do número de diagnósticos. Com isso, os pais e/ou responsáveis perdem a oportunidade de compartilhar com outras pessoas projetos em comum e reunir liberdades para superar determinadas situações, como por exemplo, o excesso de crianças medicadas.

Neste sentido, considero essencial não limitar o TDAH a fatores puramente biológicos, mas compreendê-lo como decorrente de mediações externas e significativas. É preciso superar as concepções que consideram a criança enquanto uma individualidade encerrada em si mesma. Não tenho a pretensão de dizer que não existem crianças que não precisem de ajuda médica e/ou psicológica. No entanto, considerando os efeitos colaterais do medicamento e as incertezas quanto ao diagnóstico deste transtorno (como apresentado no primeiro capítulo), considero que a medicação pode ser favorável após uma extensiva avaliação, principalmente por constatar que o metilfenidato vem sendo indicado de maneira indiscriminada, sem o devido rigor no diagnóstico.

Ao final desta pesquisa constato que, muitas vezes, certas características próprias de cada ser, têm o poder e a força de cristalizar, paralisar e tornar o sujeito um Em-si. Estudar e pesquisar sobre os sentidos do diagnóstico do TDAH vai além dos limites deste transtorno, busca-se compreender tudo aquilo que limita, fecha, resume e prende o sujeito. Características não devem limitar, são apenas características. No entanto, algumas delas vem servindo para estigmatizar o ser, esquecendo-se que este é repleto de possibilidades. Assim, transformam em doenças algumas características; buscam respostas para perguntas que, talvez, não tenham respostas. Buscam uma “cura” que, muitas vezes, “chega” após a escolha de medicar. Medicar para curar uma característica que não precisaria de solução, mas de compreensão, tempo, disponibilidade, aceitação e paciência. Mas quem as tem hoje em dia? Talvez, a partir do momento que mudarem o olhar para as relações, deixem de centralizar o tratamento na medicação.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M.M. (2003). Pesquisa fenomenológica em psicologia. In M.A.T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs). *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas*. Campinas, SP: Alínea.
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-V-TR*. (5º Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, C.C. & Holanda, A.F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 259-268.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit e atenção e hiperatividade. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS)* (n. 23). 8(23). Recuperado em 24, agosto, 2015, de http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f9021b8047aad12aa094af917d786298/brats_23.pdf?MOD=AJPERES.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2). Recuperado em 10, agosto, 2015, de http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf.
- Barkley, R.A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barkley, R.A. e Cols (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento*. (3. ed.) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barros, J.A.C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude soc.* 11(1), 67-84. Recuperado em 20, jun., 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>.
- Benzik, E.P. (2006). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização Diagnóstica e Terapêutica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Bonadio, R.A.A. (2013). *Problemas de atenção: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Bruns, M.A.T. (2003). A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses da dicotomia subjetividade-objetividade. In: Bruns, M.A.T. & Holanda, A.F. (Orgs.). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas*. Campinas, SP: Alínea.
- Brzozowski, F. S. & Caponi, S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-1187.

- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: Entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566. Recuperado em 17, agosto, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>.
- Caliman, L.V. (2009). A constituição sócio-médica do Fato TDAH. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), p. 135-144.
- Caliman, L.V. (2010). Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(1), p. 46-61. Recuperado em 17, agosto, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-98932010000100005.
- Caliman, L.V. & Domitrovic, N. (2013). Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 879-902. Recuperado em 11, agosto, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300012&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0103-73312013000300012.
- Castro, T.G. & Gomes, W.B. (2011). Movimento Fenomenológico: Controvérsias e Perspectivas na Pesquisa Psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (2), 233-240.
- Collares, C.A.L. & Moysés, M.A.A. (2014). Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In: *Medicalização da educação e da sociedade: Ciência ou mito*. Viégas, L.S, Ribeiro, M.I.S., Oliveira, E.C., Teles, L.A.L. (Orgs). Salvador, BA: EDUFBA.
- Collares, C.A.L. & Moysés, M.A.A. (2007). Medicalização: elemento de desconstrução dos Direitos Humanos. In: *Direitos humanos: o que temos a ver com isso?* Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ [org.] Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia-RJ. Recuperado em 11, agosto, 2015, de <http://www.crpj.org.br/publicacoes/livros/direitoshumanos.pdf>
- Collares C.A.L. & Moysés, M. A. A. (1994). A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: A patologização da educação. *Série Idéias*, (23).
- Cox, G. (2007). *Compreender Sartre* (H.M. Filho, Trad.). Petrópolis-RJ: Vozes.
- Eidt, N.M. & Tuleski, S.C. (2007). Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In: Meira, M.E.M. & Facci, M.G.D. *Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, p. 221 – 248.
- Eidt, N.M. & Tuleski, S.C. (2010). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Caderno de Pesquisa*, 40(139), p. 121-146.
- Forghieri, Y.C. (2004). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo, SP: Pioneira.

- Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. (2015). Nota técnica: O consumo de psicofármacos no Brasil, dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), ANVISA (2007-2014). Recuperado em 24, agosto, 2015, de http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf.
- Freitas, C.R. (2011). *Corpos que não param: criança, TDAH e escola*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Fuck, L.B., Silva, P.B., Vaz, A.F., & Pinto, F.M. (2012). Sobre “o corpo”: um estudo a partir da ontologia sartreana. *Atos de Pesquisa em Educação*. 7(2), p. 296 – 319. Dóí: <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354.2012v7n2p296-319>
- Graeff, R.L. & Vaz, C.E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia USP*, 3(19), 341-361. Recuperado em 20, agosto, 2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000300005
- Holanda, A.F. (2003). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: Bruns, M.A.T. & Holanda, A.F. (orgs.). *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas*. Campinas: Alínea.
- Holanda, A.F. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24(3), 363-372.
- Husserl, E. (2000). *A Idéia da Fenomenologia*. Tradução: Artur Morão. Lisboa: Edições 70.
- Maheirie, K. (2002). Constituição do Sujeito, Subjetividade e Identidade. *Interações*, 7(13), 31-44. Recuperado em 18, agosto, 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35401303>.
- Maheirie, K. & Pretto, Z. (2007). Contribuição do movimento progressivo-regressivo sartreano para a Psicologia. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 19(2), 455-462.
- Martins, J. & Bicudo, M.A.V. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo, SP: Editora Moraes.
- Mattos, P. (2013). Entenda o TDAH nos critérios do DSM-V. In: ABDA. Recuperado em 10, janeiro, 2015, de <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsmv.html>
- Michaelis. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>.
- Novartis. (2013). Ritalina: metilfenidato. Bula de remédio.
- Novartis. (2015). Ritalina: metilfenidato. Bula de remédio.
- Legnani, V.N. & Almeida, S.F.C. (2008). A construção diagnóstica de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 60(1), 2-13. Recuperado em 11, agosto, 2015, de <http://www.psicologia.ufrj.br/abp>.

- Legnani, V.N. (2012). Efeitos imaginários do diagnóstico de TDAH na subjetividade da criança. *Fractal Revista de Psicologia*, 24(2), 307-322. doi 10.1590/S1984.
- Oliveira, O. (2012). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Revisão sistemática da produção científica nacional*. UNISINOS. São Leopoldo, 2012. Recuperado de <http://www.slideshare.net/osvaldoolive/transtorno-de-dficit-de-aten-hiperatividade-reviso-sistemica-da-produo-cientifica-nacional>.
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L. & Ferreira, C. P. (2010). A “ritalina” no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 34(14), 499-510.
- Perdigão, P. (1995). *Existência e Liberdade: uma introdução à filosofia de Sartre*. Porto Alegre, RS: L&PM.
- Preto, Z. & Langaro, F. (2012). Pais e Filhos em Psicoterapia: O atendimento clínico com uma criança. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 32(4). p. 1028-1037.
- Rilke, R.M. (2006). *Cartas a um jovem poeta*. (P. Süssekind, Trad.). Porto Alegre, RS: L&PM.
- Rohde L.A & Mattos, P. (2003). *Princípios e práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Santos, K. P., Silva, A.C. P., Luzio, C. A., Yasui, S. & Dionizio, G. H. (2012). A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP, América do Norte*.
- Santos, V. (2011). Corpo e intersubjetividade em 'O ser e o nada'. *Theoria*, (03), 88-105.
- Sartre, J. P. (2012). *O Ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica* (21. ed.). (P. Perdigão, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1943).
- Sartre, J. P. (2010). *O Existencialismo é um humanismo*. (Coleção Textos Filosóficos). (J. B. Kreuch, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1946).
- Schneider, D. R. (2002). *Novas Perspectivas para a Psicologia Clínica: um estudo a partir da obra de “Saint-Genet: comédien et martyr” de Jean-Paul Sartre*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(2), 62-76. Recuperado em 20, fevereiro, 2016, em <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/04/SCHNEIDER-D.-Caminhos-hist-e-epist.pdf>.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pergunta norteadora:

Estou pesquisando sobre os sentidos do TDAH para os pais de criança em tratamento medicamentoso. O que você pode dizer-me sobre isso a partir da sua experiência pessoal?

Outras perguntas poderão ser feitas no decorrer da entrevista para aprofundar, esclarecer ou estender conteúdos trazidos:

- 1) O que você entende por TDAH?
- 2) Quais as formas de tratamento que você conhece?
- 3) O que o levou a buscar tal tratamento?
- 4) Conte-me sua relação com seu filho antes de levá-lo ao médico;
- 5) Como foi receber a notícia do diagnóstico e da necessidade de medicação?
- 6) Como você percebe os efeitos deste tratamento na vida de seu filho?
- 7) Depois do início do tratamento, como está a sua relação com seu filho?
- 8) Quais os efeitos do tratamento da criança na sua vida e na da família?
- 9) Você gostaria de falar algo mais que eu não tenha perguntado?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Os sentidos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para pais de crianças em tratamento”, a qual faz parte do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e é orientada pela prof. Dra. Lúcia Cecília da Silva da Universidade Estadual de Maringá. O **objetivo** da pesquisa é compreender o sentido que os pais das crianças hiperativas atribuem ao diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e ao seu tratamento medicamentoso. A sua **participação é muito importante** para ampliar e aprofundar o conhecimento deste transtorno. Para sabermos de sua experiência, faremos uma entrevista, na qual você contará como está lidando com a situação do diagnóstico e tratamento de seu filho. Informamos que poderá ocorrer algum **desconforto emocional** durante a entrevista, tais como a presença de sentimentos de tristeza, ansiedade e preocupação, porque vamos conversar sobre uma situação que pode estar sendo difícil e delicada para você. Se isso ocorrer, você poderá interromper a entrevista ou mesmo desistir de terminá-la. Se achar melhor, poderá marcar outro dia para continuá-la. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, e você pode recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e publicações dela derivadas e serão tratadas com o mais **absoluto sigilo e confidencialidade**, de modo a preservar a sua identidade e a de seu filho(a). As entrevistas serão gravadas por meio de um gravador e ao final da pesquisa os arquivos serão apagadas definitivamente. **Os benefícios esperados** são contribuir com os estudos da área da psicologia, da saúde e da educação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, oferecendo conhecimento acerca da experiência dos pais quanto a esse transtorno. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof. Dra. Lúcia Cecília da Silva.

_____ / Data: ___/___/2015.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Vânia Midori Bruneli e Silva, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ / Data: ___/___/2015.

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Endereço: Rua José Alves Nendo, 1760.

Telefone: 44 – 9911-6432 / E-mail: vaniamidori@yahoo.com.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM - Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

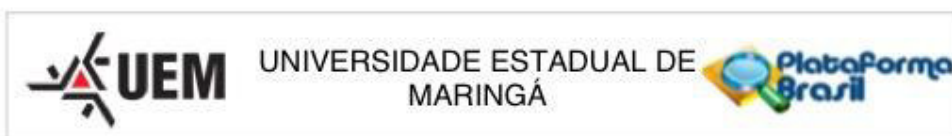
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXO 1

Parecer do Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sentidos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para pais de crianças em tratamento

Pesquisador: Lucia Cecília da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43116315.2.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 996.437

Data da Relatoria: 23/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os sentidos que os pais das crianças com TDAH atribuem ao diagnóstico e ao respectivo tratamento medicamentoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta seus objetivos, hipótese e metodologia de forma clara e objetiva. Pretende-se buscar conhecer como os pais de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entendem o diagnóstico de TDAH e vivenciam a escolha pelo tratamento medicamentoso. Por se tratar de um estudo qualitativo, a linguagem permitirá que se estabeleça uma relação com os sujeitos da pesquisa, a fim de compreender as suas experiências, as quais precisam ser descritas por quem as vivencia. Para fundamentar a pesquisa e a prática sob o prisma da fenomenologia é preciso se afastar da cristalização e/ou engessamento que os

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 996.437

diagnósticos propiciam (neste caso, o TDAH) Trata-se de estudo qualitativo, por meio de entrevistas semi-estruturadas. De acordo com Martins e Bicudo (1989), após recolher a descrição dos fenômenos a partir da experiência vivida por seus sujeitos, o que se dará por meio da entrevista, será iniciada a análise fenomenológica. Serão elaboradas as unidades de significados, extraídas após a leitura e releituras dos depoimentos. O trabalho segue, então, ancorado nessas unidades de significado que são transcritas para a linguagem do pesquisador, num discurso mais próprio da área na qual a pesquisa se insere. O pesquisador buscará agrupá-las em temas ou categorias, buscando a transformação da linguagem coloquial do entrevistado no discurso psicológico. Por fim, a partir desses agrupamentos inicia-se a segunda fase da análise, quando a investigação dos individuais, feita pelo estudo e seleção das unidades de significado e posterior formação das categorias abertas, é ultrapassada pela esfera do geral. Está prevista a participação de 5 indivíduos. Embora o critério de inclusão e exclusão não esteja explícito no protocolo do projeto, o projeto completo indica que "serão recrutados entre os clientes atendidos no consultório de psicologia da pesquisadora e/ou por indicação, que se proponham a colaborar livremente com a pesquisa, sendo que esta amostra poderá variar de acordo com a saturação dos conteúdos obtidos." A coleta de dados está prevista para iniciar-se em 01/06/2015. O orçamento previsto é de R\$ 675,00 para itens de custeio discriminados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

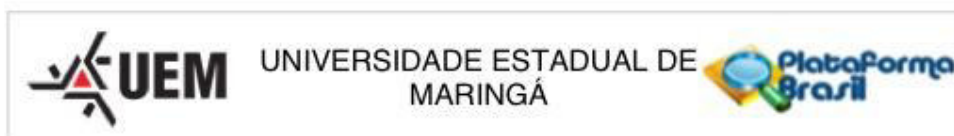
Anexados ao protocolo da pesquisa, encontramos os seguintes documentos: 1. Folha de rosto, devidamente preenchida e assinada por pesquisador responsável e responsável institucional identificado; 2. Projeto completo da pesquisa; 4. Roteiro de entrevista semi-estruturada; 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido na forma de convite, em linguagem clara e acessível, expondo os objetivos, hipótese e metodologia da pesquisa. O TCLE expõe adequadamente ao participante da pesquisa seus riscos e benefícios, assegura a privacidade e anonimidade das informações e assegura a possibilidade do participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem ônus. São informadas a destinação final dos dados da pesquisa e canais de contato com os pesquisadores responsáveis e o COPEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 996.437

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 24 de Março de 2015

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br