



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

DANILA SANTOS CÔRTEZ

TDAH E MEDICALIZAÇÃO:
ANÁLISE CRÍTICA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO DO
DSM-V

Salvador

2018

DANILO SANTOS CÔRTEZ

**TDAH E MEDICALIZAÇÃO:
ANÁLISE CRÍTICA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO DO
DSM-V**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Fonoaudiologia na Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinicius Borges Oliveira.

Salvador

2018

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

TDAH E MEDICALIZAÇÃO: ANÁLISE CRÍTICA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICO DO DSM-V

*ADHD AND MEDICALIZATION: CRITICAL ANALYSIS OF THE DSM-V DIAGNOSTIC
CRITERIA*

*TDAH Y MEDICALIZACIÓN: ANÁLISIS CRÍTICA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICO DEL
DSM-V*

Danila Santos Côrtes¹, Marcus Vinicius Borges Oliveira²

¹Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia.

²Doutor em Linguística (UNICAMP). Professor Adjunto do Departamento e Coordenador do Colegiado de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Endereço para correspondência:

danila.scortes@hotmail.com

AGRADECIMENTOS

Finalmente chegou o momento tão esperado e quero primeiramente dedicar a minha gratidão a Deus por ter me concebido esta oportunidade e me dado força, sabedoria, entendimento perseverança e capacidade de ir adiante.

Agradeço a meus pais e meus irmãos por ter me dado força e incentivo durante toda a jornada.

A minha tia Mag, pelas palavras de incentivo e a todos os meus familiares pelo o apoio.

Agradeço a João, pelo incentivo principalmente nos momentos que as circunstâncias pareciam difíceis.

As minhas amigas, Jéssica, Luana, Wanessa, Verena, Magna, pela oportunidade de compartilhar cada momento durante esta caminhada e me ajudaram a transformar obstáculos em ponte para chegar até aqui.

A todos os professores por ter compartilhado experiências e conhecimentos essenciais para a minha formação profissional.

A prof. Viviane pela dedicação a turma do TCC e compartilhar os conhecimentos para a construção de cada trabalho de defesa.

A banca pela disponibilidade e por participar deste momento tão importante!

A meu orientador, Pr. Dr. Marcus, pela dedicação e contribuições essenciais para a construção deste trabalho. Muito obrigada!

Por fim, minha gratidão a todos e todas!

RESUMO

O Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-V), é considerado como a bíblia da psiquiatria e serve como “guia prático, funcional” para diagnosticar e classificar os transtornos mentais. Entretanto, muitos estudos criticam a contribuição deste manual para o crescente número de diagnósticos imprecisos relacionados ao TDAH. Desta forma, o presente estudo visa, por meio de uma perspectiva histórico cultural, discutir criticamente a confiabilidade dos critérios diagnóstico do TDAH descrito no DSM-V e a forma como este manual influencia diagnóstico deste transtorno na sociedade. Para tanto nos utilizaremos da metodologia de análise documental, tomando como referência o DSM-V comparativamente ao DSM-IV. Assim, foram revisados os manuais DSM – IV – TR (2002) e o DSM-V (2014), ambos publicados pela editora Artmed. Em análise comparativa pode-se observar que não houve revisão dos critérios apresentados anteriormente, de maneira que sob um olhar histórico cultural esses critérios ainda permanecem descontextualizados e sem o necessário rigor científico que comprovem as tais descrições. Desta forma, consideramos que a utilização deste manual contribui para a crescente hiperinflação de diagnósticos e conseqüentemente o aumento do consumo de medicamentos relacionados ao TDAH. Por fim, concluímos que este estudo se insere na corrente de estudos que acredita ser possível se contrapor o determinismo abordado pela corrente hegemônica, a partir de uma perspectiva que valoriza os aspectos histórico-culturais no entendimento da relação entre normalidade e patologia.

Descritores: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; medicalização; patologização.

ABSTRACT

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, in its fifth edition (DSM-V), is considered the bible of psychiatry and serves as a "practical, functional guide" for diagnosing and classifying mental disorders. However, many studies criticize the contribution of this manual to the increasing number of inaccurate diagnoses related to ADHD. Thus, the present study aims, through a cultural historical perspective, to critically discuss the reliability of the diagnostic criteria of ADHD described in DSM-V and how this manual influences diagnosis of this disorder in society. For this, the methodology of documentary analysis is used, taking as reference the DSM V as compared to DSM IV. Thus, the manuals DSM - IV - TR (2002) and DSM V (2014), both edited by Artmed, were revised. In a comparative analysis it can be observed that there was no revision of the previously presented criteria, so that under a cultural historical perspective these criteria still remain decontextualized and without the necessary scientific rigor that prove the descriptions. Therefore, we believe that the use of this manual contributes to the growing hyperinflation of diagnoses and, consequently, to an increase in the consumption of ADHD-related drugs. Finally, we conclude that this study is part of the current study of the possibility of contracting determinism by the hegemonic current, from a perspective that values the historical-cultural aspects of the norm between normality and pathology.

Descriptores: Attention Déficit Hyperactivity Disorder; medicalization; patologizar

RESUMEN

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-V), es considerado como la biblia de la psiquiatría y sirve como "guía práctica, funcional" para diagnosticar y clasificar los trastornos mentales. Sin embargo, muchos estudios critican la contribución de este manual al creciente número de diagnósticos imprecisos relacionados con el TDAH. De esta forma, el presente estudio busca, a través de una perspectiva histórica cultural, discutir críticamente la confiabilidad de los criterios diagnósticos del TDAH descrito en el DSM-V y la forma en que este manual influye en el diagnóstico de este trastorno en la sociedad. Para ello utilizaremos la metodología de análisis documental, tomando como referencia el DSM V en comparación con el DSM IV. Así, se revisaron los manuales DSM - IV - TR (2002) y el DSM V (2014), ambos publicados por la editorial Artmed. En el análisis comparativo se puede observar que no hubo revisión de los criterios presentados anteriormente, de manera que bajo una mirada histórica cultural esos criterios aún permanecen descontextualizados y sin el necesario rigor científico que comprueban esas descripciones. De esta forma, consideramos que la utilización de este manual contribuye a la crítica hiperinflación de diagnósticos y consecuentemente el aumento del consumo de medicamentos relacionados al TDAH. Por fim, concluimos que este estudo se insere na corrente de estudos que acredita ser possível se contrapor o determinismo abordado pela corrente hegemônica, a partir de uma perspectiva que valoriza os aspectos histórico-culturais no entendimento da relação entre normalidade e patologia.

Descriptores: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad; medicalización; patologizar.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PERSPECTIVA HISTÓRICO CULTURAL, ATENÇÃO E MEDICALIZAÇÃO	9
3. O TDAH: ANÁLISE DESCRITIVA, CRÍTICA E COMPARATIVA SEGUNDO	12
O DSM-V E O DSM-IV	
3.a O CONTEXTO HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO TDAH - PERSPECTIVA	12
3.b APRESENTAÇÃO DO CONCEITO DO TDAH NO DSM-V (EM GERAL)	15
4. ANÁLISE COMPARATIVA DO DSM-IV E DSM- V	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	29
ANEXOS A	29
ANEXOS B	32

1. INTRODUÇÃO

O Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-V, em sua quinta edição (DSM-V), elaborado em 2013 pela American Psychiatric Association (APA), é considerado como a “bíblia” da psiquiatria e serve como guia prático, funcional, para diagnosticar e classificar os transtornos mentais. Seu objetivo é auxiliar os clínicos e profissionais de diversas áreas na prescrição de critérios diagnósticos, segundo o manual, mais confiáveis, além de auxiliar como ferramentas para a formação de estudantes e profissionais.¹ A intenção do manual é atender as necessidades dos diversos profissionais que atuam na clínica de saúde, contudo, é importante refletir sobre a interpretação dos diferentes profissionais sobre o conteúdo apresentado.²

Segundo este manual, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), é definido como um Transtorno do Neurodesenvolvimento, caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade que pode ocasionar prejuízo no desenvolvimento, com prevalência de cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos.¹

Entretanto, diversos fatores ficaram de fora na análise dos transtornos quando apresentados neste manual, em que a construção diagnóstica do TDAH é exclusivamente pautada por uma visão biologizante dos distúrbios. A caracterização clínica do TDAH, assim como seus critérios para diagnóstico tem sido objeto de diversos estudos que se propõem a investigar criticamente, dentro de perspectivas teóricas que se pautam em referenciais que consideram tanto o indivíduo situado histórico e culturalmente, quanto de seu psiquismo.

Viégas e Oliveira³ questionam a falta de rigor científico na caracterização do TDAH, que se pauta na ausência de comprovações genéticas e neurobiológicas. Para as autoras, o que se nota é uma divergência quanto à confiabilidade do uso deste manual na prática clínica, traduzindo-se em excessivos diagnósticos e no aumento de consumo dos medicamentos.

Nesse cenário, embora haja uma discussão sobre as características, diagnóstico e existência do TDAH, observa-se o crescente aumento de consumo de medicamentos psicoestimulantes, com finalidade terapêutica, ainda que não se saiba, em longo prazo, os efeitos adversos do uso constante desses medicamentos. Segundo dados da ANVISA⁴, o consumo do medicamento metilfenidato (MHP), utilizado no tratamento do TDAH, aumentou em 75% em crianças com 6 à 16 anos, entre 2009 e 2011, no Brasil. Segundo Viégas e Oliveira³, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o Brasil encontra-se em segundo lugar no ranking de consumidores mundiais do MHP.

Diller⁵, acredita na hipótese de que o aumento do consumo desse medicamento pode estar relacionado as mudanças do critérios diagnóstico do TDAH, que tendem na ampliação do grupo de pessoas que se inserem no diagnóstico, além da pressão em relação a produtividade das crianças. Segundo a clínica positivista que pauta o DSM-V, o tratamento medicamentoso objetiva resultado imediato, auxiliando em melhor desempenho em atividades que incluem iniciação de tarefas, memória, atenção e em inibição de determinados impulsos. Assim, questões relacionadas a subjetividade, contexto, história e singularidade, são esquecidas e limitadas pelas questões biológicas, dentro de um escopo teórico que afirma a distinção do normal e do patológico em limites definidos, o que acaba por determinar a produção de um estereótipo.

Frente à discussão sobre a interpretação do TDAH por diferentes teóricos, torna-se imprescindível discutir criticamente a sua apresentação no manual diagnóstico mais recente, o DSM-V, sendo assim, questionamos como se apresenta o quadro clínico do TDAH no DSM-V e como os critérios que o compõe podem ser confrontados com outras perspectivas teóricas não biologizantes que consideram o papel da história e da cultura na constituição do sujeito.

Por fim, este trabalho tem como objetivo analisar os critérios diagnósticos do TDAH presente no DSM-V, a partir de uma perspectiva teórica que reflete criticamente sobre a forma como é realizado o diagnóstico deste transtorno na sociedade. Para tanto nos utilizaremos da metodologia de análise documental, tomando como referência o DSM-V comparativamente ao DSM-IV.

A análise crítica destes manuais será realizada à luz da perspectiva histórico cultural, que, conforme veremos na próxima seção, nos dá subsídio para questionar a apresentação do TDAH dissociado do contexto histórico de que faz parte.

2. PERSPECTIVA HISTÓRICO CULTURAL, ATENÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO

Para subsidiar a análise documental que realizamos, tomamos como base os construtos teóricos provenientes da perspectiva histórico cultural, em constante diálogo com os estudos contemporâneos sobre a medicalização da sociedade, deste modo, contrastando com o crescente processo de naturalização do comportamento e do desenvolvimento psíquico.

A teoria histórico-cultural nos permite compreender o desenvolvimento humano, a partir da dependência das suas conjunções históricas, sociais, culturais e econômicas. Deste modo,

possibilita a compreensão das múltiplas relações dialéticas que constitui o sujeito e determinam concomitantemente a sua singularidade. Dentro desta abordagem, os significados são estabelecidos por meio dos elementos mediadores que historicamente os constitui.

Sendo assim, segundo Aguiar e Ozella⁶, os significados são resultantes das produções sócio-históricas que permitem a comunicação, a socialização de nossas experimentações, que se transformam durante o movimento histórico e interior, alterando a relação com o pensamento. Desta forma, podemos afirmar que a subjetividade é constituída a partir da dimensão social, mediante a internalização dos significados historicamente esculpido, por ora disputados nos sentidos negociados cotidianamente.

Ribeiro² (p.71), ao discutir as concepções de Vigotski, um dos importantes pilares do paradigma sócio-histórico, no que diz respeito ao desenvolvimento humano, afirma que não se deve considerar apenas o viés biológico, como proposto pela teoria positivista, mas é necessário ponderar como os fatores culturais interagem dialeticamente com os fatores biológicos, visto que; “o cultural e o biológico se entrelaçam, através do processo de enraizamento cultural que a criança vivencia a partir de seu nascimento.” Vigotski⁷ enfatiza que durante o processo de desenvolvimento histórico, o homem visto como o ser social modifica os modos e procedimentos do seu comportamento, assim como as funções elementares, reelaborando formas de comportamento de acordo com as necessidades de cada cultura.

No que diz respeito a este trabalho, é fundamental rever como a atenção é abordada dentro desta perspectiva. Vigotski⁷, apresenta o desenvolvimento da atenção considerando a análise de duas linhas de desenvolvimento dissemelhantes: 1. A teoria do desenvolvimento natural da atenção; 2. A linha do desenvolvimento cultural da atenção.

O desenvolvimento natural da atenção desenvolve-se nos primeiros anos de vida, em função da maturação do desenvolvimento do sistema nervoso e orgânico. Já o desenvolvimento cultural da atenção ocorre por meio da interação social que se inicia desde o primeiro contato social entre os bebês e seus pares. Portanto, como afirmado pelo autor, o desenvolvimento natural da atenção é contínuo ao longo da vida do indivíduo, mas deixa de ser predominante, como considerado nos primeiros anos de vida, e se transforma em processos de domínios de atenção culturalmente enraizados por meio de elementos complexos e mediadores, que decorrem de processos de reações de orientações e escolhas que são diretamente dependentes das experiências do indivíduo.⁷

O movimento de constituição da atenção voluntária decorre da atividade intersíquica (exterior) para intrapsíquica (interior). Sendo assim, é necessário que os sujeitos vivenciem entre si momentos em que se dirigem a atenção conjuntamente, ou melhor, compartilhem a atenção sobre um mesmo objeto ou atividade.⁷

Este movimento é fundamental no entendimento da questão que tratamos aqui. Faz-se necessário ponderarmos não apenas o desenvolvimento comportamental, mas a contextualização do desenvolvimento da atenção, foco do “suposto” TDAH, dentro do processo de desenvolvimento mencionado anteriormente. Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento da atenção envolve fatores complexos que são continuamente *enraizados* pelos elementos sócio-culturais, fatores esses que são descartados pela teoria positivista que pouco explica os processos subjetivos e naturaliza as questões culturais e sócio-culturais submetendo-as a uma ordem médica as traduz como alterações orgânicas.

Ainda que esta não seja a principal abordagem deste trabalho, ao discutir este processo de naturalização dos aspectos culturais não podemos nos abster de adentrar no conceito de medicalização.

Cristofari et al.⁸ (p.2) conceituam a medicalização como “um dispositivo que transforma problemas políticos, sociais e culturais em questões pessoais a serem tratadas ou medicadas”. Deste modo, para a autora, este dispositivo descontextualiza o sujeito e o analisa a partir de suas particularidades, convertendo-as em características biológicas e comportamentais que, dentro desta lógica da medicalização, tornam-se causalidades orgânicas ou viáveis patologias.

A lógica da medicalização da vida, fundamentada na naturalização das manifestações humanas, pauta-se na padronização institucionalizada e legitimada por discursos biologizantes, psicologizantes da explicação dos fenômenos humanos e histórico-sociais.² Este processo vem provocando uma epidemia de diagnóstico, e conseqüentemente, uma epidemia de tratamentos, esta situação é fortemente benéfica para a indústria farmacêutica, que ocupa um importante espaço no setor capitalista^{8,9}

O enfrentamento da medicalização tem se consolidado na lógica de compreender que a saúde e a educação abrangem diversos determinantes e que a utilização de um olhar medicalizante, seja por indicação de farmacoterapia ou por encaminhamentos, condutas (médicas e terapêuticas), não é a resolução para problemas dissociados de seus aspectos sociais, históricos e políticos, aspectos estes considerados fundamentais para a compreensão das manifestações dos “fenômenos doentios que acomete o homem”¹⁰ (p.15).

Dentre as principais patologias capturadas pela lógica medicalizante está o TDAH, justamente pela desconsideração dos aspectos socioculturais que constituem aquilo que significa “estar atento” nos dias de hoje. Vivemos em um mundo mais veloz, que exige produtividade a todo tempo, que cobra que estejamos conectados em diversos canais simultaneamente, mas os diagnósticos ainda são realizados como se estes fatores não influenciassem o desenvolvimento do homem na contemporaneidade. Retornaremos à essa discussão mais adiante.

3. O TDAH: Análise descritiva, crítica e comparativa segundo o DSM- V e DSM - IV

Neste capítulo será realizada a análise documental e crítica do TDAH, através da comparação de sua definição e dos critérios de diagnóstico presente no DSM- V e no DSM – IV. Para tanto, iniciaremos apresentando historicamente os DSMs, posteriormente comentaremos sobre como o TDAH foi inicialmente apresentado pelos manuais diagnósticos e por fim procederemos a análise comparativa atual desta categoria clínica, tendo como referência o DSM-V.

3.a O contexto histórico do surgimento do DSM – Perspectiva clínica.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), é referido segundo a psiquiatria, como um dos principais sistema de classificação dos transtornos mentais. Ao longo de seu contexto histórico, o manual foi revisado, sendo lançado cinco edições, com o intuito de atender a necessidade da medicina, especificamente da psiquiatria a estabelecer critérios diagnósticos concisos e claros.

A primeira edição do DSM, foi lançada em 1952 e apresentava 108 desordens mentais, sendo acrescido 74 novos transtornos em sua segunda edição, o DSM-II.² Ambas as edições denotavam forte influência da psicanálise e da psiquiatria social comunitária.¹¹

O manual foi revisado sofrendo forte influência da psiquiatria biológica e o desenvolvimento de fármacos, sendo lançado o DSM-III, em 1980, constando 265 tipos de transtornos.² Baseado na abordagem descritiva, o DSM-III, propõe a descrever as patologias como “entidades descritíveis”, não sendo consideradas os possíveis fatores etiológicos, mas “a descrição atórica do fenômeno”¹² (p.14). A reelaboração do DSM, visava apresentar coerência e confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, tornando-se o manual em referência nosológica

em Psiquiatria. Os transtornos mentais são considerados como síndromes e descritos por critérios de sinais e sintomas que acometem um determinado indivíduo, contrapondo o que é considerado normal com a possível patologia. Há, portanto, uma adequação de comportamentos que prescinde das experiências singulares e subjetivas do indivíduo. Essas vivências não são consideradas e/ou quantificadas, mas o conjunto de sinais e sintomas genéricos, com o objetivo de proporcionar, para a área da psiquiatria, diagnósticos fidedignos e direcionar o clínico quanto ao tratamento mais adequado. Diante do contexto histórico deste período citado, o tratamento medicamentoso era considerado como principal.

Em 1987, foi publicado uma nova versão do DSM – III, designada como DSM III-R, na qual foi apresentado 292 categorias e incluso o conceito de comorbidade.

Martins¹³ (p.332) , reflete sobre a apresentação e difusão dos critérios classificatórios recomendados pelo DSM III que “correspondem à paulatina ascensão da chamada psiquiatria biológica como vertente dominante no panorama psiquiátrico mundial”, os sinais e sintomas são reduzidos à “objetividade do substrato físico”, conseqüentemente o diálogo com o paciente sobre o seu sofrimento, assim como o contexto psicossocial é excluído da intervenção diagnóstica, tendo como importância apenas a “teoria biológica e/ou fisiológica das perturbações mentais”.

Com constante ascensão da psicologia americana ao discurso hegemônico, o DSM é revisado e em 1994, é lançado o DSM-IV, apresentando 297 transtornos. Em comparação com a edição anterior, o DSM-IV, ainda apresenta uma descrição supostamente atórica e genérica dos transtornos mentais, não sendo referidos os fatores etiológicos com a devida comprovação científica. Como nos manuais anteriores, este desconsidera a experiência singular do indivíduo. De acordo com o manual, o objetivo é oferecer “descrições claras das categorias diagnósticas”, além de facilitar a comunicação entre clínicos e investigadores relacionado à confiabilidade e tratamento dos transtornos¹⁴ (p.33). Pode-se perceber aqui que o conceito de clareza aparece como uma forma de buscar determinantes únicos em relação de causalidade com as patologias descritas.

O DSM mais uma vez foi revisado e em 2013, publicada uma nova edição, O DSM- V. Segundo Ribeiro², o processo de revisão do DSM-IV e edição do DSM-V, julga-se como uma ação de assentimento da psiquiatria biológica em explicar as indeterminações decorrente da ausência dos fatores etiológicos biológicos. Observa-se que há uma tentativa em “neuroexplicar” quais marcadores biológicos são responsáveis por ocasionar determinado

transtorno mental. Essa tendência é uniforme na contemporaneidade, de tentar explicar os fenômenos por meio do funcionamento cerebral dos indivíduos. Novaes Pinto¹⁵ critica essa tendência à descrição dos fenômenos isoladamente do contexto sociocultural de que os sujeitos fazem parte, assim como da busca por segmentos cerebrais em direta relação de causalidade com estes fenômenos, a despeito do funcionamento integrado das funções psicológicas superiores referido por Luria.¹⁶ Para a autora, essa tendência pode ser considerada como Neolocalizacionista.

Em entrevista, o psiquiatra e presidente do grupo responsável pela nova revisão do DSM, David Kupfer¹⁷, afirma que o DSM-V “representa a melhor possibilidade de aplicação clínica dessa ciência para os diagnósticos [dos transtornos mentais]”. O psiquiatra declara que as alterações introduzidas no DSM-V, foram realizadas com o intuito de melhor definir os sintomas e comportamentos dos grupos de indivíduos que estão a procurar ajuda e intervenção clínica, e que não foram bem delineados pelo DSM-IV, além disso, o aumento e a atenção relacionada à idade, gênero e cultura no manual proporcionará um resultado positivo no apoio a assistência no atendimento ao paciente.

Contrapondo a declaração de David Kupfer, o ex- diretor do DSM, Allen Frances¹⁸, considera que atualmente o DSM se transformou em um “sistema de diagnóstico que transforma problemas cotidianos e normais da vida em portador mentais.” A ampliação da lista de patologias transformou todos os indivíduos em portador de transtorno mental. Para o psiquiatra, a indústria farmacêutica colabora para a ampliação dos diagnósticos, fazendo o público acreditar que o tratamento medicamentoso resolve problemas. Os comprimidos podem ser eficazes no tratamento de transtornos mentais e persistentes, porém não ajudam a resolver problemas cotidianos.¹⁸

Diante da discussão apresentada, nota-se que a elaboração de cada edição do DSM foram sustentadas pelas influências dos pesquisadores responsáveis pelas elaborações dos manuais e sustentadas pela teoria predominante de cada época em que foram produzidos, na qual denota-se o paradigma hegemônico como influente desde a elaboração do DSM-III até a edição atual e a descontextualização do natural, sociohistórico e subjetivos no processos subjetivos próprio do indivíduo, portanto, são pautados por processos comparativos inconsistentes em oposição do que é considerado normal versus patológico.

Feita a contextualização histórica do surgimento do manual, assim como sua perspectiva teórica, será apresentado no tópico seguinte a apresentação histórica descritiva do TDAH e sua inserção no DSM.

3.b A apresentação do conceito do TDAH no DSM (Em geral)

O interesse em entender as causas relacionadas a desatenção e hiperatividade não é recente, visto que existem referenciais que foram relatados no século XIX. As observações dos “fenômenos comportamentais” e as descrições histórica dos conceitos do TDAH refletem a importância dessa temática para a comunidade científica, assim como para o campo da educação.

A primeira descrição médica do transtorno, foi publicada em 1902, em um jornal da área da medicina (*O Lincet*), pelo pediatra George Still, na qual conceituou o transtorno como *Defeito na Conduta Moral*, em que sintomas descritos como: “inquietação, desatenção e dificuldades em seguir regras e limites”, são decorrentes de uma alteração cerebral ¹⁹(p. 717).

O interesse pelo TDAH, surgiu no século XX, precisamente entre 1917 e 1918, após um surto de encefalite na América do Norte. As crianças que sobreviveram a doença, apresentaram sintomas parecidos com o atual transtorno. Na época a alteração foi denominada como *Transtorno Comportamental Pós Encefálico*. ¹⁹

Em 1930 e durante a segunda guerra mundial, casos relacionados a traumas cerebrais e que apresentavam os sintomas citados anteriormente, começaram a receber os primeiros tratamentos farmacológico, o que impulsionou pesquisadores a realizar estudos com o objetivo de comprovar a relação do transtorno com alterações no Sistema Nervoso Central. Nesta época a suposta alteração nomeada como *Lesão Cerebral Mínima*.¹⁹

Anos após, em 1952, o termo *Lesão* foi substituído por *Disfunção*, pois segundo pesquisadores, as alterações características, estavam relacionadas a disfunção em vias nervosas e não a lesão.²⁰

As alterações das nomenclaturas ocorreram devido à dificuldade dos pesquisadores de cada época em comprovar cientificamente a possível causa etiológica, ou seja, a nomeação se fundamentava nas hipóteses de cada época. O transtorno é mencionado no DSM, a partir da segunda edição do Manual (DSM- II), nomeado como *Reação Hiperkinética*, sendo, portanto, incluso nesse manual as desordens comportamentais da infância e adolescência.¹⁹

A partir da terceira edição do DSM (DSM-III), o transtorno é designado como *Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)*, com ou sem hiperatividade, sendo priorizado o sintoma de desatenção. Conforme Benedetti e Anache²⁰, o DSM-III, modificou o olhar médico relativo ao transtorno mencionado, sendo estabelecidos critérios a serem considerados durante o diagnóstico:

a) abandono da inclusão da etiologia na definição da terminologia em favor de critérios operacionais; b) a possibilidade de uma vertente do quadro sem hiperatividade, enfatizando ser a desatenção o principal sintoma; c) possibilidade de uma forma adulta, chamada tipo residual. (p.441)

A hiperatividade voltou a ser enfatizada na edição do DSM III-R, e mais uma vez a nomenclatura do transtorno se modificou para *Distúrbio de Atenção e Hiperatividade*, não sendo utilizado as classificações em subtipos, passando a ser classificado em grau leve, moderado ou grave, além disso, outros critérios de diagnósticos foram ponderados para a diagnose mais confiável, tais como idade de início antes dos 07 anos, duração de pelo menos 06 meses e aspectos relacionados ao diagnóstico de exclusão.²¹

Na quarta edição do manual, o DSM-IV (1994) e o DSM IV-TR (2000), o transtorno é nomeado como *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*, caracterizando o TDAH, de acordo com os critérios diagnósticos propostos que incluem dezoito sintomas, sendo nove de desatenção e nove de hiperatividade/impulsividade, podendo ser caracterizado conforme o subtipo.¹⁹

Na versão mais atual do DSM-V, não houve alteração relacionado a nomenclatura do TDAH quando comparado ao DSM-IV, porém o manual apresenta alterações em determinados critérios que auxiliam no diagnóstico, o objetivo nas modificações apresentadas é mais uma vez contribuir para um diagnóstico mais concisos. Vejamos a seguir.

4. Análise comparativa DSM-IV e DSM-V

Para a análise comparativa foram analisados os manuais DSM-V (2014) e DSM – IV – TR (2002), publicados pela editora Artmed. Conforme o DSM-V os traços descritivos para as características do transtorno são organizados em cinco critérios: Critério A, B, C, D e E.

No critério A é apresentado a definição do TDAH e a lista de sintomatologia. Quanto ao seu conceito, não houve alteração da sua descrição quando comparado o DSM-V e o DSM-

IV, não sendo especificado os fatores etiológicos que justifique a “real causa” do transtorno que ocasiona em alteração comportamental e de atenção característico.

Portanto, se atualmente o paradigma que sustenta a sua existência e o seu diagnóstico ainda encontra limitações quanto à causalidade do transtorno e desconsidera os fatores históricos, culturais e subjetivos do indivíduo, como podemos considerar os critérios diagnósticos confiáveis, sendo sua existência baseada em critérios hipotéticos? Esses questionamentos não visam afirmar a inexistência do transtorno, mas provocar reflexões sobre a quem se aplica tal diagnóstico e quais possíveis consequências ao sujeito.

Quanto a sintomatologia do transtorno descrito no critério A, em análise comparativa de ambos manuais, nota-se que não houve alteração a lista dos sintomas do quadro clínico, sendo denotado 18 sintomas, referindo-se a nove característicos de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade, no DSM-V os sintomas de hiperatividade e impulsividade são juntamente listados o que difere do manual anterior. Com base nas discussões médicas referente a contradição do desaparecimento dos sintomas do TDAH durante a adolescência, foi acrescido ao DSM-V, a especificação dos sintomas em adultos, visto que atualmente o TDAH é considerado como um transtorno de caráter crônico e não apenas característicos e presente na infância com remissão completa dos sintomas na fase adulta, como acreditava-se na década de 80, assim o ponto de corte estabelecido para diagnose em crianças permanece o mesmo, correspondendo a 6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas relacionado a hiperatividade e impulsividade, em caso de diagnose em adultos e em adolescentes a partir dos dezessete anos deve-se considerar cinco sintomas.^{22,1}

Para que os sintomas sejam considerados significativos para diagnóstico é necessário que a sintomatologia característica esteja persistente pelo período mínimo de seis meses e presente em dois ou mais contexto, quanto a esse critério não houve alteração em comparação a descrição presente no DSM-IV.

A lista de critérios diagnósticos estão respectivamente em Anexo A –DSM-V e B – DSM IV-TR-. Neste tópico exemplificaremos alguns dos sintomas descritos no critério A, segundo o DSM-V¹, visto como dito anteriormente, não houve alteração quanto a sintomatologia. Analisaremos nos parágrafos seguintes a confiabilidade e concisão dos critérios de diagnósticos.

a. “frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa, o

trabalho é impreciso); b. frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas)”.

Afinal, precisamos ser condicionados a prestar a atenção a detalhes? Em qual situação precisamos atentar aos detalhes? Por que? Para a produtividade exemplar? Alguém consegue manter o foco da atenção em leitura prolongada? Surpreendente é avaliar o foco da atenção em leitura prolongada como critério de diagnóstico já que o próprio gosto pela leitura vai depender da inserção da criança/indivíduo nos eventos de letramento, sendo resultantes das relações sociais e subjetivas, de forma heterogênea.²²

Quanto a dificuldade de manter a atenção em atividade lúdica, nossa inquietação é traduzida no seguinte questionamento: Qual a natureza da atenção necessária para realizar atividade lúdica?

Há portanto uma racionalização biológica da atenção que desconsidera a importância a função da atividade lúdica no desenvolvimento da criança. Vigotski²³, afirma que é através da ação numa situação imaginária que a criança aprende a significar situações. Portanto, é através do brincar que a criança a partir de suas necessidades cria significados e possibilidades simbólicas importante para o desenvolvimento. A “infância moderna” é compreendida pela sociedade contemporânea atual como fase em que se deve preparar e prevenir com o objetivo de produzir sujeitos produtivos e saudáveis psiquicamente, apto para participarem da sociedade, no entanto, o brincar vai além destes parâmetros pré estabelecidos.²⁴ Vejamos o próximo critério:

“c. frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).”

Percebe-se a falta de clareza e objetividade quanto aos sintomas descrito. Considerando que a finalidade do DSM-V é apresentar a melhor possibilidade de aplicação clínica para os diagnósticos, apresentando definições e critérios objetivos e claros, como já mencionado anteriormente, questionamos em qual situação dialógica a criança ou adulto parece não escutar? Em qual momento e contexto? É preciso considerar que estar com a “cabeça longe” pode significar estar atento a outro contexto.²⁵ A criança pode estar a atento a televisão ou celular e desconsiderar o chamado da mãe para fazer algo que provavelmente não é interessante para ao

gosto da criança. É equívoco pensar que não estamos atento a nada, assim como é equívoco do avaliador tencionar que a atenção precisa, exata é direcionada por ele, ao que ele decide. É necessário considerar que para estar atento a algo necessariamente estamos desatentos a outra coisa.

Quanto ao seguinte critério:

“f. frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).”

Quanto a este critério, podemos supor que a sociedade atual é bastante hiperativa e desatenta, afinal quem consegue realizar por muito tempo atividade que requer esforço mental, considerando a natureza desta atividade, muitas vezes de cunho obrigatório? Não podemos esquecer que, considerando o contexto sociocultural essencialmente produtivista e competitivo que vivemos, somos cada vez mais exigidos em atividades de trabalho que estão dissociadas do prazer em realizá-las, sendo condicionados a responder a metas, prazos satisfazendo as demandas de produção.

Quanto aos sintomas de hiperatividade e impulsividade cito dois exemplos para análise: (i) *“Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.”*

Neste caso, questionamos qual seria a noção de infância utilizada no referido manual, ou se seria essencialmente cronológica amparado pela noção de crescimento biológico, que permitiria quantificar características e estabelecer parâmetros de comportamentos a serem considerados normais para as crianças? Afinal, o ideal de brincar calmamente parece querer estabelecer uma nova norma ao comportamento infantil que desconsidera tanto aspectos culturais quanto subjetivos.

Tais questionamentos podem ser acrescidos de outros, que permanecem desde a análise do DSM-IV, realizada por Viegas e Oliveira,³ conforme veremos a seguir, sobre a natureza pouco rígida destes critérios que parecem querer quantificar aquilo que não pode ser quantificável:

como alguém pode medir ou estabelecer como critério que se brinque de forma calma? Ou que aguarde calmamente o outro terminar de perguntar para, então, responder, quando programas infantis de televisão premiam quem responde mais rápido, valorizando a “mente veloz”? Com esses critérios vagos e, no mínimo, estranhos, todos podem perfeitamente se encaixar no perfil. (p.48)

Para a perspectiva sócio-histórica, a subjetividade é constituída de significações e sentidos e se estabelece por meio da interação com o cultural e com o outro, deste modo o sujeito não deve ser considerado pelo viés “natural e biológico”, mas a partir das “relações e interações” que estabelece com as relações sociais.¹⁹ Conforme Santos¹⁹ o sujeito não deve ser apenas considerado como uma “estrutura natural, pronta e acabada”, mas como “um ser em construção” (p. 54). De acordo com o autor mencionado, a cultura se atualiza por meio do discurso do outro permeado pelo o domínio da linguagem alicerçada aos significados historicamente “acumulados”. O indivíduo constitui-se subjetivamente dos diversos elementos constituintes dos contextos de interação.¹⁹

Sendo assim, a forma como cada um brinca depende não somente de si, mas da época veloz e ansiosa em que vivemos. Não parece justo exigir das crianças, frente a tantos estímulos, um critério de velocidade no brincar. Neste sentido, vemos claramente que a caracterização TDAH se exterioriza nas controvérsias sociais em que os significados subjetivos não são ponderados como critérios que influenciam na sua gênese.

A formulação do sintoma também acima parece desconhecer completamente o papel do brincar e de sua relação com o desenvolvimento ao querer valorizar uma forma de brincadeira como mais produtiva do que outra:

A relação entre a brincadeira e o desenvolvimento deve ser comparada com a relação entre a instrução e o desenvolvimento. Por trás da brincadeira estão as alterações das necessidades e as alterações de caráter mais geral da consciência. A brincadeira é fonte do desenvolvimento e cria a zona de desenvolvimento iminente. A ação num campo imaginário, numa situação imaginária, a criação de uma intenção voluntária, a formação de um plano de vida, de motivos volitivos - tudo isso surge na brincadeira, colocando-a num nível superior de desenvolvimento [...]²⁶ (p.35)

(ii) “*f. frequentemente fala demais.*”

Esse critério parece apresentar uma resposta relativa e não objetiva que depende da interpretação do avaliador e desconsidera a fala como produto mediador com o meio, na qual a criança e o adulto aprende a interagir, expressar, agir e significar com o seu redor. É através da fala que moldamos nossa competência como sujeito e objeto do nosso próprio comportamento, assim como afirmado por Vigotski.²³

Não somos constituídos apenas pelo corpo e por um cérebro que controla nossos pensamentos e comportamentos, mas pela internalização do que imerge o social. Assim, as relações sociais são constituídas por valores fundamentais para o desenvolvimento psíquico e subjetivo. Nessa constituição a linguagem é o elemento mediador para a produção e

interpretação dos signos e significados e nessa interpretação e internalização o discurso do outro também possui o papel fundamental. Assim, como afirmado por Santos¹⁹:

“A linguagem tem como função mediar essa relação que o indivíduo tem com o significado objetivo da palavra, como também a construção de signos na constituição de sua subjetividade. O indivíduo não apenas aprende, ele internaliza, e o discurso internalizado tem o poder de regular e de conferir o caráter mediador de suas relações com os outros.” (p.57)

Novamente, a formulação de um critério que visa quantificar (a despeito da qualidade) a fala de sujeitos parece desconhecer a natureza da relação entre pensamento e linguagem tal como fora exposta acima.

Sendo assim, ainda que a revisão comparativa dos critérios diagnósticos não tenham sinalizado mudanças especificamente nestes elementos, a não revisão destes critérios nos parece alarmante. Apesar do esforço para a revisão do quadro clínico do TDAH, proposto pela força tarefa do DSM-V, os critérios diagnósticos ainda continuam sem consenso, vagos, atóricos, sem dados empíricos e objetividade que comprovem tais descrições dos sintomas. A interpretação da lista sintomática depende da análise subjetiva do avaliador, da família, da escola, na qual características comportamentais consideradas normais são transformadas em critério característico de uma patologia, por conseguinte fica controverso a precisão diagnóstica do transtorno.

Outros critérios foram revisados e alterados na edição atual do DSM¹. No critério B houve ampliação da idade para considerar os sintomas de sete anos para 12 anos. Segundo Allen Frances¹⁸, o alargamento da faixa etária como ponto de corte para o TDAH, pode contribuir para “hiperinflação de diagnósticos”. Podemos considerar como consequência direta a hiperinflação de tratamento, principalmente o medicamentoso. Além disto, com este alargamento as questões escolares passam a ter maior visibilidade na caracterização clínica do distúrbio.

O critério E também foi modificado. Atualmente é possível diagnosticar o quadro clínico do TDAH associado ao TEA (Transtorno do Espectro Autista), contudo permaneceram a condição dos sintomas não ocorrerem exclusivamente durante “o curso de esquizofrenia ou outros transtornos mentais e não sendo mais bem explicados por outros transtornos mentais (p.ex: transtorno de humor, transtorno de ansiedade).”¹ (p. 60). No momento em que a noção de *espectro* também é introduzida para diagnosticar sujeitos autistas, nos parece que a associação do TDAH com o TEA torna a elaboração dos diagnósticos menos rigorosa.

Os subtipos dos transtornos foram substituídos, sendo utilizado o termo de “apresentação”, sendo mantidos as mesmas características dos “subtipos” descritos no manual

anterior. Segundo a ABDA ²⁷, o termo anterior favorecia a interpretação dos sintomas como fixos, no entanto, as manifestações podem se modificar com o tempo, o que conseqüentemente ocasiona em uma modificação na “apresentação” do diagnóstico. Foi acrescido no DSM V, a possibilidade de especificar a gravidade do TDAH em leve, moderado e grave, tendo como base o grau de comprometimento que os sintomas causam ao desenvolvimento do indivíduo, este critério não foi especificado no DSM-IV-TR. A especificação da gravidade, dissociada de uma possível etiologia, também colabora para que dificuldades se transformem em patologias em estado “leve”.

Quanto a classificação do transtorno no DSM-V, também houve alteração, o transtorno deixa de pertencer a classificação dos “Transtorno Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância e na Adolescência”, classificação que foi abolida do DSM-V, e passa a pertencer a classe de transtornos do desenvolvimento neurológico. A crítica a classificação atual, permeia-se em como considerar e classificar o TDAH ao transtornos de desenvolvimento neurológicos, visto que não há comprovações empíricas concordantes quanto aos marcadores causais.

Embora a base genética e o fundo orgânico, para esta corrente, sejam dados apriorístico que fundamentam toda a base conceitual do transtorno, os critérios para a afirmação da sua existência são os clínicos, não havendo ainda evidências comprovadas por exames ou outros recursos materiais.²⁰ (p.442)

O diagnóstico do transtorno é baseada na avaliação do comportamento, tendo a topografia idealista do comportamento como modelo. Vivemos portanto a época da psicopatologização do comportamento humano, fundamentada ainda em um determinismo biológico não comprovado. Exclui-se as características e mediações particulares do indivíduo e o reduz a explicações científicas hipotéticas, transformando-os em categoria para o transtorno. Cria-se portanto, a visão biologizante da normatização do comportamento e do “prestar atenção” aliada a produtividade social, o que resulta em um exacerbado aumento quantitativo de diagnósticos e de modo conseqüente a rotulação do indivíduo. Segundo Moysés e Collares²⁵, estamos em uma época em que “as pessoas são despossuídas de si mesmas e capturadas-submetidas na teia de diagnósticos-rótulos-etiquetas” (p.21).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desatenção e hiperatividade, como entendidos no DSM-V, comprometem nossa habilidade produtiva, visto que o nosso desempenho é quantificado a atender demandas e moldado ao comportamento normativo social e ideológico. As crianças são normatizadas ao modelo adulto e o adulto tenta se enquadrar na lógica da competitividade buscando melhorar a sua produtividade como representação social. A negação dos determinantes sociais e da subjetividade naturaliza aspectos inerentes ao desenvolvimento do homem. Subestima-se que o desenvolvimento humano decorre de aspectos e interpretações complexas que vão além da dicotomia biológica do normal x patológico.

Podemos observar, por meio da análise realizada, que os manuais diagnósticos, apesar de não assumirem suas perspectivas teóricas, ao desconsiderar os aspectos acima, filiam-se a leituras que privilegiam o corpo biológico. No entanto, de acordo com Beltrame et al.,²⁸ atenção, impulsividade e hiperatividade não devem ser reduzidas e explicitadas as questões e ponto de vista biológico e organicista, pois elas decorrem de diversos processos e de produto de mediações sociais complexas, e portanto, não podem ser entendidas separadamente das funções psíquicas e muito menos serem sintetizadas a um fator patológico, de uma disfunção neuroquímica ou perturbações neurológicas de natureza biológica.

Se a utilização do DSM-V torna controverso o diagnóstico, dele decorre os tratamentos do transtorno. Ainda que este não seja o tópico deste trabalho, não podemos deixar de refletir sobre o assunto como uma conclusão deste estudo. O tratamento do TDAH consiste em uma abordagem múltipla, envolvendo intervenções psicossociais que englobam informações precisas aos pais sobre o transtorno, o programa de treinamento para responsáveis pela criança, com o intuito que eles “aprendam a manejar os sintomas”, psicoterapia individual, além do tratamento psicofarmacológico, sendo este último método terapêutico considerado como forma prioritária e eficaz de tratamento²⁹ (p.09).

Não é difícil perceber que os critérios diagnósticos do TDAH, presente no DSM V induzem o indivíduo ao diagnóstico e conseqüentemente a procurar por um tratamento que prioritariamente será o medicamentoso, pois proporciona uma resposta mais rápida ao seu problema ou melhor seu desempenho atencivo e comportamental. Segundo dados da revista Veja³⁰ o estudo realizado pela psicóloga Denise Barros como tese de doutorado apresentado no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do RJ (UERJ), no período de 10 anos o consumo de Ritalina no Brasil aumentou 775%, sendo 94 quilos consumidos em 2003 contra

875 quilos em 2012. Segundo Allen Frances¹⁸, nos EUA mais de 10.000 crianças com idade de 03 anos estão em tratamento do TDAH, considerando que a incidência real é de 2% à 3% da população infantil. O psiquiatra considera o aumento quantitativo de diagnóstico como “selvagem, desumano.”

A anfetamina Metilfenidato (MHP), conhecido pelo nome de Ritalina e Concerta, é o medicamento mais prescrito no Brasil para o tratamento do TDAH.³¹ Trata-se de um estimulante do sistema nervoso central. Segundo Meira⁹, esses fármacos potencializam a ação da noradrenalina e a dopamina, melhorando a performance cerebral. A autora aponta contradições indicada na bula da ritalina, na qual destaca: o “mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado”, não se sabe ao certo o efeito da ação do metilfenidato no psíquico e comportamento do indivíduo não se sabe o benefício do uso do medicamento a longo prazo; “a etiologia específica dessa síndrome é desconhecida”; o fármaco “pode causar dependência física ou psíquica”; “o medicamento pode causar reações adversas” (p.136).

Moysés e Collares³², afirmam que os efeitos colaterais do MHP, são diversos e pode acometer aparelhos e sistema do corpo humano – alterações: sistema nervoso central; cardiovascular, gastrointestinal, endócrino metabólico e outras alterações como visão borrada, cefaleia, tontura, perda de peso e irritabilidade. Conforme Benedetti e Anache²⁰ o tratamento do TDAH, apresentado e apoiado pela abordagem da ciência positivista, contribui para a correlação do comportamento aos sintomas e causas orgânicas favorecendo a procura de respostas através da medicalização.

Apesar das contradições quanto aos critérios diagnósticos do TDAH apresentados no DSM V, que consideramos neste estudo como confusos e vagos, o consumo do medicamento aumenta consideravelmente. Mesmo considerando que faltam de comprovações científicas da causalidade do transtorno, assim como o desconhecimento do mecanismo dos fármacos que podem provocar efeitos adversos, é nesse contexto social que a medicalização homogeniza “o modo de ser, sentir e estar no mundo”³³(pg. 71).

Contudo, é possível contrapor o movimento teórico subjacente ao diagnóstico e tratamento do TDAH, abordado pela corrente tradicional e hegemônica, a partir de outra perspectiva que valoriza os aspectos histórico e cultural. É refletindo sobre essas contradições que, neste trabalho, ao rever comparativamente os critérios diagnósticos apresentados no DSM-V, assim como de sua contextualização histórica, alertamos para a impossibilidade de rigorosidade dos diagnósticos baseados nestes critérios.

Nos baseamos em Vigotski³⁴ para recordar que “o fator decisivo comportamental humano não é só o fator biológico, mas também o social, que confere componentes totalmente novos a conduta do ser humano” (p.63). Se faz necessário compreender o desenvolvimento humano como um processo de permanente contradição, um processo dinâmico e dialético entre aquilo que pode ser considerado orgânico, natural, histórico e social.

REFERÊNCIAS

1. DSM – V. **Manual de diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais**. Tradução: Maria Inês Côrrea et al. Revisão técnica: Aristides Volpatto Cordioli et al. 5ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.
2. Ribeiro M. A Medicalização na escola: Uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).2015. Tese (doutorado), Programa de Pós – Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia – UFBA -, Salvador,2015.
3. Viégas L; Oliveira, A. TDAH: conceitos vagos, existência duvidosa. Rev: Nuances: Estudo sobre Educação. Presidente Prudente – SP. vol.25, n.1, p.39-58, jan.;abr.2014.
4. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estudo aponta crescimento no consumo de metilnidato. fev, 2013. <<http://portal.anvisa.gov.br>> Acesso:11 de março de 2017.
5. Diller L. The Ru non Ritalin: attention on déficit disorder and stimulant treatment in the 1990s. The Hasting Center Report, New York. vol 26,,n 2, p.12-18, 1996
6. Aguiar W, Ozella, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. Rev. Brasileira de Estudos Pedagógicos. Brasília. vol 94,n.296, p229-322,jan/abr.2103
7. Vigotki L. Obras Escogidas: Tomo III – Problemas del desarrollo de la psiqui. Madri: Visor,1995. 2015
8. Christofari A, Freitas C, Baptista C. Medicalização dos modos de ser e aprender. Rev. Educação e Realidade. Porto Alegre. vol. 40, n.4, p.1079-1102, out/dez.
9. Meira M. Para uma crítica da medicalização na educação. Rev.Semestral da Associação Brasileira de Psicologia e Educacional. São Paulo. vol 16, n.1.p.134-142, jan/jun 2012.
10. Barros R, Massi L. Sociedade e Medicalização. *IN*: Barros R, Massi,L. Campinas, SP. Pontes Editora,2015.
11. Guarido R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Rev: Educação e Pesquisa. São Paulo. vol.33, p.151-161, jan/abr.2007
12. Rodrigues J. A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo. Rev. Psicologia em Estudo. Maringá. vol 08, n.1,p 13-22, jan/jun 2003.
13. Martins A. Biopsiquiatria e bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. Rev. Psicologia e Sociedade. Campinas.vol.20, n.3, p. 331-339, 2008.
14. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução: Cláudia Dornelles. Leitura Final: Heloísa Stefan. 4 ed. Porto Alegre, Artmed, 2002.

15. Novaes-Pinto R. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 55-64, jan./mar. 2012.
16. Luria A. R. *Pensamento e Linguagem: As últimas conferências de Luria*. São Paulo: Artmed, 2001. 251 p.
17. Kupfer D. O DSM-5 é o melhor que temos para diagnosticar os transtornos mentais. Elias V. Entrevista concedida a Revista Veja. < <https://veja.abril.com.br/saude/o-dsm-5-e-o-melhor-que-temos-para-diagnosticar-os-transtornos-mentais/> > Acesso em 10 de julho de 2018.
18. Frances A. Ex – diretor do DSM, a bíblia da psiquiatria, admite: “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”. <<https://psibr.com.br/noticias/ex-coordenador-do-dsm-sobre-a-biblia-da-psiquiatria-transformamos-problemas-cotidianos-em-transtornos-mentais>>. 2015. Acesso: 9 de julho de 2018.
19. Santos A. Discurso da escola e constituição da subjetividade de estudantes com TDAH. 2015.f.111. Tese (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador,2015.
20. Benedetti I, Anache A. TDA/H – Análise documental sobre a produção do conceito. *Rev. Quadrimensional de Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo. vol.18, n.3, p.439-446, set/dez, 2014
21. Neto M. Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade: breve história do conceito. *IN: NETO, Mario Rodrigues Louzã e colaboradores: TDAH ao longo da vida*. Porto Alegre Artmed,2010.
22. Signor R, Santana A. A outra face do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Distúrbio da Comunicação*. São Paulo. vol 27, n. 39-54, março 2015.
23. Vigotski L. O papel do brinquedo no desenvolvimento. *IN: Cole M et al. A formação Social da Mente*. São Paulo. 7ed. Martins Fontes, 2007.
24. Guarido R. Dislexia e TDAH: Uma análise a partir da ciência médica. *IN: Torre L; Guntertingo (org.). Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais e doenças de indivíduos*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2010.
25. Moysés M, Collares C. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. *Medicalização da Educação e da Sociedade Ciência ou Mito?* *In: Viégas et al. (org).* Salvador. EDUFBA, 2014.
26. Vigotski. A brincadeira e o seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*.n07, junho, 2008

27. ABDA. Associação Brasileira do déficit de atenção. <<https://tdah.org.br/>> Acesso em: 30 de junho de 2018.
28. Beltrame R et al. Ouvindo crianças sobre sentidos e significados atribuídos ao TDAH. Rev. Psicologia Escolar Educacional. São Paulo. vol.19,n.3,p. 557-565, set/dez,2015.
29. Rohde L et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Rev.Bras. Psiquiatria. São Paulo.vol.22, s.2, dez 2000.
30. Veja. Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos. 2014 <<https://veja.abril.com.br/saude/consumo-de-ritalina-no-brasil-cresce-775-em-dez-anos/>>. Acesso em: 06 de julho de 2018.
31. Bzozowski F; Diehl E. Transtorno de déficit de Atenção/ Hiperatividade: O diagnóstico pode ser terapêutico? Rev. Psicologia em Estudo. Maringá, vol.18, n.4, p. 657-665, out/dez 2013.
32. Moysés M, Collares C. Dislexia e TDAH: Uma análise a partir da ciência médica. IN: Torre L, Guntertingo (org.). Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais e doenças de indivíduos. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2010.
33. Souza B. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. Medicalização da Educação e da Sociedade Ciência ou Mito? IN: Viégas et al. (org). Salvador. EDUFBA, 2014.
34. Vigostki. Psicologia pedagógica. Tradução de Claudia Schilling. Edição comentada por Guilherme Blank. Porto Alegre: Artmed, 2003. 311p.

ANEXO A – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-5*

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).

f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).

i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- 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 (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.

(**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)

- 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” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex.,

transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar o subtipo:

314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

Especificar se:

Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Especificar a gravidade atual:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.

Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.

Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

Fonte: DSM V (2014), Artmed, p. 59-60

ANEXO B

ANEXO A – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV*

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **desatenção** persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

(a) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras

(b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

(c) com frequência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra

(d) com não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

(f) com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

(b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações imprópria (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”
- (f) frequentemente fala em demasia

Impulsividade:

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez
- (i) frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p. ex., em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção causadores de comprometimento estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., na escola [ou trabalho] e me casa).

D. Deve haver claras evidências de um comprometimento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Global do Desenvolvimento, esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, nem são melhor explicados por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade)

Codificar com base no tipo:

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

**Fonte: DSM-IV, 2002, p. 118-119.