

A CONSTITUIÇÃO SÓCIO-MÉDICA DO “FATO TDAH”

Luciana Vieira Caliman

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO: Este artigo analisa como a interpretação neurobiológica recente do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) revela o nível mais aparente e superficial da constituição do “fato TDAH”. Investigamos a fase mais superficial e harmônica da construção do TDAH e o olhar psiquiátrico que ela perpetua, inspirado na filosofia do risco e na aparente autoevidência das imagens cerebrais. Nosso objetivo é destacar certas contingências morais, sociais e científicas que participam e participaram da construção do diagnóstico do TDAH e dos modelos identitários que ele fortalece. **Conclui-se que o TDAH deve ser analisado como um objeto empírico e social, no espaço social e epistêmico no qual ele foi constituído.**

PALAVRAS-CHAVE: TDAH; constituição sociomédica; legitimidade científica.

THE SOCIO-MEDICAL CONSTITUTION OF THE “ADHD FACT”

ABSTRACT: This article analyzes how the recent neurobiological explanation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD reveals only the most superficial level of the constitution of the “ADHD fact”. The “harmonic phase” of the constitution of ADHD diagnosis is investigated, and the psychiatric gaze which it reinforces – one that is grounded on the risk philosophy and on the apparent self-evidence of cerebral imaging technologies. The objective is to investigate moral, social, and scientific contingencies that took and take part in the constitution of ADHD and the identity models that this diagnosis strengthens and supports. ADHD must be analysed as an empiric and social object, in the specific epistemic and social spaces in which it arose.

KEYWORDS: ADHD; socio-medical constitution; scientific legitimacy

Em sua monografia sobre a origem e o desenvolvimento de um fato científico, Fleck (1935/1979) inicia sua análise com a seguinte pergunta: o que é um fato? De ponta a ponta, a resposta do autor se contrapõe à explicação de que um fato, científico ou não, como a definição de uma patologia, é um evento puramente objetivo, definitivo e permanente, ou seja, que sua descoberta resulta do avanço tecnológico das ciências que o investigam. **Fleck critica o pressuposto de acordo com o qual, em sua neutralidade científica, um fato é imune à interpretação subjetiva do cientista e do coletivo no qual ele está inserido.** Nesta visão, um fato, especialmente um fato médico, é uma realidade ou uma existência independente, não condicionada por fatores temporais e culturais. Contrapondo-se a essa perspectiva, Fleck ficou conhecido por oferecer uma análise sociológica do **conhecimento científico na qual todo conceito, teoria ou verdade, científica ou não, é cultural e coletivamente condicionada.**

Para Fleck (1935/1979), os fatos científicos se tornam reais no interior de um estilo de pensamento **datado, específico de uma época.** Uma explicação se origina e passa a fazer sentido somente se ela se enquadra no vocabulário moral e empírico do espaço e contexto ao qual ela pertence. O autor fala de uma prontidão (rea-

lidade) do cientista que guia sua observação, a escolha de seu método de trabalho, o desenvolvimento de seus resultados e interpretações desses resultados em uma certa direção: aquela privilegiada pelo coletivo que domina o pensamento científico da época.

De acordo com Fleck (1935/1979), a construção científica de um fato é constituída de muitos níveis. Em suas bases, encontramos vozes destoantes, opiniões e escolhas pessoais e contingências institucionais. **Mas seu nível mais aparente revela apenas as partes já adaptadas ao estilo de pensamento do coletivo dominante.** Na face mais superficial de construção do fato, ele surge como uma realidade unificada e permanente. Em sua última face, ele é transformado em uma realidade neutra e objetiva, imune aos conflitos e direções que, na verdade, fizeram parte de sua constituição.

Não resgatamos as ideias de Ludwik Fleck com o intuito de analisar sua teoria em profundidade. Desde ao menos a década de 70, muitos foram os autores que se dedicaram, e ainda se dedicam, a essa tarefa. No que diz respeito aos nossos interesses, Fleck foi um dos pioneiros na construção do olhar analítico que inspira nosso trabalho. **Na pesquisa neurobiológica do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), ciência, biologia e moral não se separam. A**

primeira patologia específica da atenção originou-se das relações estabelecidas entre elas nas últimas décadas do século XX.

Nos tópicos deste artigo, analisamos como a interpretação neurobiológica recente do TDAH revela o nível mais aparente e superficial da construção do "fato TDAH". Para o discurso da legitimidade biológica e visual do TDAH, as contingências locais, morais, sociais e políticas de uma época não afetam a produção científica da patologia e a condição existencial que ela descreve. No entanto, não levantamos a questão sobre a falsidade ou a veracidade da interpretação biomédica atual do TDAH. Ela é uma peça fundamental do processo de construção do "fato TDAH". Mas demonstramos que as vozes destoantes que dialogam explícita e implicitamente com o discurso biomédico também fazem parte da constituição da patologia.

Assim, investigamos a fase mais superficial e harmônica da construção do TDAH e o estilo de pensamento que ela perpetua, mas também damos relevo às vozes que, em um nível mais obscuro, participaram de sua constituição. Nosso objetivo é destacar certas contingências morais, sociais e científicas que participam e participaram da construção do diagnóstico do TDAH e dos modelos identitários que ele fortalece. O TDAH é analisado como um objeto empírico e social criado na constelação política, econômica e científica característica da segunda metade do século XX.

Ao direcionarmos nossa análise para o diagnóstico do TDAH, nas páginas seguintes damos relevo à economia biomédica na qual ele está inserido. O regime médico que sustenta o TDAH e a economia moral da atenção criaram entre si vínculos singulares e específicos. Eles pertencem às tecnologias e estilos de pensamento que possibilitaram a constituição do indivíduo atento/desatento em nossa atualidade.

O Estilo de Pensamento da Psiquiatria Americana Atual e as Desordens da Atenção e da Hiperatividade

Difícilmente podemos falar de um único estilo de pensamento científico dominante em uma época, principalmente quando analisamos a pesquisa e a clínica psiquiátrica a partir da segunda metade do século XX. Especialmente nos EUA, a nova ciência psiquiátrica nascia do encontro de diversos aspectos: 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; a criação do Instituto Nacional de Saúde

Mental; o advento da tecnologia genética, biofísica e bioquímica; o estabelecimento, entre os anos de 1940 e 1970, do que Rheinberger (2000) chamou de um novo paradigma biológico molecular.

Todos os eventos acima citados causaram um poderoso impacto na pesquisa e na clínica psiquiátrica, em seus modos de investigar, descrever e tratar a patologia mental. A análise das transformações ocorridas nos manuais de classificação diagnóstica é uma das formas de investigar essa mudança. O primeiro DSM foi produzido em 1952 e tinha em suas bases o pensamento de Adolf Meyer. O DSM II, publicado em 1968, foi reestruturado com base na linguagem psicanalítica. Para Young (1995), a publicação do DSM III, em 1980, materializou definitivamente o estilo de pensamento psiquiátrico criado pelo encontro dos aspectos que mencionamos acima.

O DSM III mudou drasticamente o sistema americano de classificação das doenças mentais. O número de diagnósticos foi multiplicado, as referências a autores e teorias banidas. O manual tornava-se o emblema da autoridade e neutralidade científica (Blashfield, 1998). Robert Spitzer foi o pesquisador responsável pela ordenação de sua produção. Na época, Spitzer já era famoso pela publicação de seu Research Diagnostic Criteria (RDC). Nele, a consistência das descrições diagnósticas era definida pela observação de critérios e regras operacionais. Os críticos de Spitzer chamavam o novo DSM de menu chinês, pois, para que um diagnóstico fosse definido, um número X de sintomas da lista A deveria ser somado a um número Y da lista B, ambos presentes em intensidade T. O psiquiatra deveria apenas observar os signos externos da patologia e agrupá-los na classificação devida.

O DSM III é frequentemente visto como uma resposta à crise de legitimidade que o saber psiquiátrico vivenciou na década de 70. O grupo de pesquisadores responsáveis pela elaboração do manual tinha por objetivo construir um sistema diagnóstico baseado em evidências científicas neutras, compatível com várias teorias. Mas embora seu objetivo fosse oferecer uma ferramenta diagnóstica útil e unificadora, o produto final não foi neutro e muito menos completamente pluralista (Rose, 2006). Havia uma direção a ser seguida, uma clínica a ser reafirmada e um método a ser priorizado. O manual resgatava a antiga psiquiatria biológica de Kraepelin e lhe emprestava um novo colorido ao apoiá-la na pesquisa epidemiológica, estatística, psicotécnica e experimental da época.

As mudanças na classificação psiquiátrica americana fizeram parte de um processo mais amplo de deslocamento da forma como a desordem mental era investigada, explicada e tratada. De acordo com Rose (2003), um olhar psiquiátrico molecular e neurocientí-

fico se constituía. As desordens do humor, da cognição, do afeto e da conduta começavam a ser descritas como anomalias cerebrais específicas, relacionadas a sistemas neurotransmissores também específicos. A este olhar molecular e neuroquímico, a nova pesquisa genética oferecia uma contribuição preciosa: ela buscava o polimorfismo genético pontual, relacionado a cada tipo de desordem. Na psicofarmacologia, esta dissecação molecular era alimentada pelo sonho da descoberta de drogas que, ao invés de afetarem o funcionamento fisiológico como um todo, atuariam na correção neuroquímica pontual da patologia em questão.

Alguns historiadores analisam o fortalecimento da interpretação biológica a partir da segunda metade do século XX como um renascimento dos fundamentalismos e reducionismos eugênicos. A identificação de uma base genética para cada patologia estaria alimentando novas políticas de discriminação. No entanto, para autores como Rose (2000, 2003, 2004), Rose e Novas (2000), Rheinberger (2000), Rabinow (1999) e Greco (1993), o novo olhar molecular e neuroquímico não surgiu de uma ressurreição da antiga biologia eugênica. Desde a década de 70, a psiquiatria biológica, a ciência genética e a psicofarmacologia participam da constituição do que os autores chamam de identidades somáticas flexíveis, manipuláveis em sua própria biologia. No novo olhar psiquiátrico e neuroquímico, a biologia não era determinista, fatalista e definidora de um destino. Nele, a natureza era manipulável, modificável e corrigível.

Foi no contexto de elaboração do DSM III e das transformações acima comentadas que o diagnóstico da Desordem do Déficit de Atenção (DDA) surgiu como uma categoria psiquiátrica. O antigo diagnóstico confuso e problemático do transtorno de hiperatividade era redefinido como uma desordem da atenção. A medida da atenção tornou-se o aspecto definidor do transtorno quando a psiquiatria começava a assumir sua forma mais biológica. Nas décadas de 60 e 70, a patologia da hiperatividade foi amplamente analisada e estudada e estava no centro do debate educacional e médico. Mas para a psiquiatria que se afirmava, ela trazia problemas. Seu diagnóstico era impreciso e extremamente subjetivo. Era preciso construir uma nova categoria diagnóstica, com signos mais unificados, objetivos e claros. Foi nesse contexto que o déficit de atenção, até então uma característica secundária, passou a ser considerado o aspecto definidor do transtorno. Os motivos foram em parte metodológicos e operacionais. A análise da proposta de Meldman (1970) para a psiquiatria da época é aqui reveladora.

Em 1970, Meldman, um neurologista desconhecido para a historiografia oficial do TDAH, defendia uma tese curiosa: as disfunções da atenção eram os primeiros e mais aparentes signos da patologia mental.

O autor começava seu livro enfatizando a importância da atenção para a pesquisa psicológica e psiquiátrica, mas admitia que na primeira década do século XX, com raras exceções, ela havia sido negligenciada. Sua proposta era radical: reescrever as patologias mentais e da emoção como patologias da atenção. As razões eram metodológicas. O autor chamava de atenção os níveis de ativação e de estimulação cerebrais, passíveis de visualização e medição através das técnicas que começavam a proliferar em seu tempo.

As pesquisas mais recentes da década de 60 pareciam dizer que a atenção, em breve, poderia ser empiricamente medida, quantificada e analisada. De acordo com Meldman (1970), as descrições psiquiátricas demonstravam que em toda patologia mental um problema de atenção estava presente. Para o neurologista, a medida da atenção era, por excelência, a ferramenta diagnóstica da psicopatologia. Cada patologia psiquiátrica deveria ser reescrita como uma patologia da atenção.

Embora Meldman (1970) seja um nome ausente na historiografia oficial do TDAH, e sua proposta um capítulo esquecido da história da psiquiatria, foi no contexto descrito pelo autor que nasceu a primeira classificação psiquiátrica de uma desordem específica da atenção. O trabalho da canadense Virgínia Douglas foi particularmente importante. Seu nome é um dos mais destacados pela historiografia mais popular do TDAH. Para Barkley (1997), foi devido ao trabalho do grupo de Douglas que no DSM III o transtorno hipercinético foi renomeado como a Desordem do Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade. Virgínia era líder de um grupo de pesquisadores da Universidade de McGill que buscavam redefinir a desordem da hiperatividade de uma forma consistente e empiricamente válida. Novos testes deveriam ser criados e novos critérios diagnósticos definidos. O objetivo era possibilitar a medida dos déficits atentos e cognitivos em um nível mais profundo do que permitido pela observação comportamental.

A partir da década de 70, um número crescente de pesquisadores começou a investigar a hiperatividade e o problema da desatenção através do uso de medidas psicofisiológicas. O grupo de McGill foi apenas um entre muitos outros, mas que exerceu um papel importante na constituição do novo olhar molecular e neurofisiológico que redefinia a forma de identificar, definir e tratar os então considerados déficits atentos e as manifestações da hiperatividade infantil.

A década de 80 trouxe novas perspectivas e promessas para o olhar psiquiátrico que se fortalecia, principalmente no cenário americano. Um espaço cada vez mais importante foi reservado às pesquisas que envolviam a neuroimagem do “cérebro TDAH”. As técnicas mais conhecidas eram as de imagem estrutural e as de imagem funcional. As primeiras, como

a Tomografia Computadorizada (TC), investigavam a existência de anomalias em determinadas estruturas cerebrais. As segundas, como a Eletroencefalografia Quantitativa (qEEG), analisavam a atividade cerebral durante a realização de determinadas tarefas. Mas foi somente no decorrer da década de 90 que a psicofisiologia e a neurociência inspiraram a construção de um novo modelo interpretativo para o TDAH. A compreensão dos mecanismos cerebrais e causais do transtorno tornou-se prioridade. Russell Barkley passou a ser uma das autoridades mais importantes do campo. Em suas mãos, a investigação genética, o estudo neuroquímico dos sistemas neurotransmissores, a análise do sistema inibitório cerebral e a investigação laboratorial animal foram sistematicamente integradas à pesquisa do TDAH.

Nesta constelação de acontecimentos, o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, tal como é descrito pelo discurso neurobiológico atual, teve sua aparição oficial ao ser incluído no DSM IV, publicado em 1994. O TDAH foi legitimado, popularizado, universalizado e tornou-se motivo de polêmica na época, proclamada pelo governo americano como a "década do cérebro".

O "Fato TDAH" na Década de 90

Em um artigo de 1999, publicado pela *Heritage Foundation*, Mary Eberstadt (Eberstadt, 1999) descrevia o "cenário TDAH" na década de 90. De acordo com a autora, desde o final da década de 80 e durante os anos 90, o mundo presenciou uma explosão publicitária sobre o TDAH e a Ritalina, naquela época o medicamento mais conhecido e utilizado no tratamento do transtorno. Livros sobre o assunto alcançaram a categoria de *bestsellers* como, por exemplo, *Tendência à Distração* de Hallowell e Ratey, publicado em 1994 (Hallowell & Ratey, 1999).

Entre livros e artigos, a lista estava em crescimento e o adulto TDAH tornava-se parte do público interessado. Durante a década de 80 e 90, o TDAH, até então considerado um diagnóstico infantil, passou a ser visto como uma desordem do desenvolvimento que continuava na vida adulta, um quadro crônico incurável. O debate sobre os direitos da criança TDAH ao requerimento de serviços educacionais especiais conquistava novos espaços na legislação americana através da formulação do ADA, *Americans with Disabilities Act of 1990*, e do IDEA, *The Individuals with Disabilities Education Act of 1997* (Gordon & Keiser, 1998). Aclamado pelas associações americanas de pais e indivíduos TDAH como um passo fundamental na conquista de seus direitos civis, o IDEA visava garantir a assistência financeira federal e local à educação especial de crianças com problemas de aprendizagem.

No contexto educacional, ser reconhecido como um "indivíduo com TDAH" tornava-se um direito civil vinculado à decisão judiciária.

Mais de uma década passada após a formulação do ADA, no ano de 2003, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Centro Americano para o Controle e Prevenção da Doença publicava o mapa epidemiológico do transtorno. O mapa, em diferentes tons de vermelho, era um sinal de alerta. As estatísticas mostravam o alarmante percentual de crianças e adolescentes americanos com idades entre 4 e 17 diagnosticados e sob medicação. A média nacional relativa ao número de indivíduos medicados girava em torno de 4,33%.

As estatísticas americanas eram também econômicas e baseavam-se nos custos médicos e sociais do transtorno. Um número crescente de pesquisas se ocupava da análise das perdas econômicas relacionadas ao TDAH. Além dos gastos com seguro saúde, medicamentos, consultas e tratamentos, elas analisavam o impacto econômico da criminalidade entre indivíduos TDAH, os custos vinculados ao desemprego ou constante troca de empregos – considerados características marcantes da vida profissional do adulto com TDAH - e os custos relacionados aos frequentes acidentes automobilísticos envolvendo indivíduos com TDAH (Matza, Paramore, & Prasad, 2005). Com suas cifras cada vez mais preocupantes, estas pesquisas diziam que o TDAH deveria ser visto e tratado como um fator de risco, como uma ameaça para os ideais de segurança e de produtividade individual e social do país.

Nas sociedades de segurança (Caliman, 2002), é preciso antecipar o perigo, controlá-lo quando ele é ainda uma possibilidade e um risco. Essa necessidade é ainda maior quando a sociedade em questão é a americana e o perigo a ser evitado é o risco do aumento da violência e da criminalidade e da baixa produtividade. Na década de 90, os EUA também presenciaram a proliferação de uma epidemia de crimes de agressão e impulsividade que, para a teoria criminal da época (Geis, 2000; Gottfredson & Hirschi, 1990), pareciam estar relacionados à incapacidade de autocontrole. O problema tornou-se uma preocupação pública.

No início da década, buscando soluções, o Instituto Nacional de Saúde Mental lançou uma Iniciativa Nacional contra a Violência. Ela unia a crença na existência da biologia neuroquímica dos comportamentos impulsivos e violentos ao pensamento preventivo da lógica do risco. Psiquiatras deveriam identificar as crianças propensas ao desenvolvimento de comportamentos criminosos e desenvolver estratégias preventivas contra o problema. O relatório oficial publicado em quatro volumes, em 1993 e 1994, recomendava a realização de pesquisas sobre os fatores genéticos e biológicos da criminalidade. Ele também incentivava a investigação

sobre a farmacologia capaz de reduzir o comportamento violento (Rose, 2000).

Para Rose (2000), não havia nada de novo na interpretação biológica da criminalidade e nem mesmo no fato de que suas explicações estavam na base das estratégias preventivas. No entanto, entre o fim da segunda Guerra e o início da década de 80, as teorias biológicas atingiram a prática da criminologia apenas marginalmente. No recente processo de biologização da psiquiatria, este cenário foi transformado: o argumento biológico foi fortalecido e vinculado à nova lógica dos riscos gerenciáveis. O comportamento antissocial era novamente inscrito no corpo e no cérebro, mas a conduta criminosa e a biologia individual se relacionavam em termos de suscetibilidades. Os criminologistas biológicos não esperavam descobrir as causas genéticas do comportamento antissocial. Eles investigavam as marcas biológicas vinculadas à sua suscetibilidade. E, contra os riscos da violência, a estratégia preventiva principal e mais eficaz era a farmacológica.

Foi em parte no contexto acima descrito que o interesse pela identificação e pelo tratamento do TDAH cresceu nos órgãos públicos americanos. Na lógica do risco, o TDAH é uma patologia caracterizada pela impulsividade, hiperatividade e desatenção, mas é também uma “protopatologia”: ele está aparentemente vinculado ao desenvolvimento de futuros problemas médicos, sociais e econômicos. Especialmente nos Estados Unidos da América, sua compreensão e seu tratamento tornavam-se necessidades vinculadas à gestão social e econômica da nação. Nos órgãos públicos, o alarme gerado pela epidemiologia do TDAH exigia que as autoridades tomassem providências sérias. Em 2004, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade foi oficialmente reconhecido, através da Resolução 370 (U.S. Senate, 2004), como um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana. As estatísticas do transtorno eram ainda mais alarmantes. De acordo com as estimativas publicadas nesta resolução, o TDAH abrangia de 3 a 7% das crianças e adolescentes americanos em idade escolar (2.000.000) e 4% dos adultos (8.000.000). Devido a essa resolução, o TDAH teve sua entrada nas datas oficiais do país com a proclamação do 7 de setembro como o Dia da Consciência Nacional sobre O TDAH.

A Polêmica em torno do TDAH e o Discurso da Legitimidade

Devido à crescente importância do diagnóstico nos EUA, a expansão do “fenômeno TDAH” era considerada por alguns críticos um acontecimento predominantemente americano. Mas já há um certo

tempo o TDAH tem sido visto como um assunto (e uma polêmica) de interesse internacional, que, aparentemente, desconhece barreiras culturais e sociais. O diagnóstico virou manchete nos jornais mais renomados do mundo e tem se destacado como ponto de pauta nas organizações políticas internacionais. Em Janeiro de 2002, cientistas que haviam dedicado anos, ou carreiras inteiras, ao estudo da desordem assinaram um Consenso Internacional atestando a legitimidade do diagnóstico e sua existência real.

Mas quais foram os motivos que levaram à criação de um Consenso Internacional que corroborasse a “existência do TDAH”? O consenso contrapunha-se ao clima social de dúvida e em torno da legitimidade do diagnóstico. Apesar de aclamado pelos cientistas como a patologia psiquiátrica mais estudada das últimas décadas, o TDAH vinha sendo chamado pela mídia e pelo público leigo de diagnosis du jour, boutique disorder e psychofad. As controvérsias e paradoxos de sua pesquisa invadiam a mídia. O exorbitante aumento do número de casos identificados em crianças, adolescentes e adultos; a disseminação das prescrições de estimulantes; a proliferação dos processos legais que, com base na evidência do diagnóstico, pleiteavam o direito à educação especial contribuíam para a disseminação de um clima de suspeita.

Para citar apenas algumas cifras alarmantes a respeito da Ritalina, a revista The New York Times, de Janeiro de 1999, informava que a produção do medicamento havia aumentado em torno de 700% desde o início da década, devido ao número de crianças americanas sob medicação. Em 1999, os EUA fizeram uso de 85% da produção mundial de metilfenidato para propósitos médicos, e é preciso lembrar que esse medicamento não é comumente usado no tratamento de outras patologias (com exceção da narcolepsia). O número de consumidores crescia e era especialmente formado pelo público infantil e adolescente. Estimativas de 2001 diziam que aproximadamente 3% das crianças americanas em idade escolar estavam tomando algum tipo de medicamento estimulante contra o TDAH (Singh, 2005).

Na França, em 2005, o número de crianças tomando Ritalina girou em torno de 7500 e 9000, e mais de 170.000 cartelas das então chamadas pílulas da obediência (Ritalina e Concerta) foram reembolsadas em 2004, um número três vezes maior que do ano 2000. Na Alemanha, em 2004, um volume da Revista Cérebro e Mente (Gehirn&Geist) foi especialmente dedicado à discussão do TDAH, intitulado “Geração TDAH” (Generation ADHS). Os números alemães indicavam que cerca de 500 mil crianças e adolescentes já haviam sido diagnosticados (Könneker, 2004). Em relação aos processos legais que, baseados no diagnóstico do TDAH, solicitavam o direito à educação especial, as

estatísticas de 2000 mostravam que nos últimos cinco anos esse número havia surpreendentemente dobrado (Gordon & Keiser, 1998), e começavam a preocupar as organizações públicas.

Contra as suspeitas em torno do diagnóstico, era preciso reafirmar a legitimidade da natureza biológica e cerebral do transtorno. Ele não era um efeito da forma de vida atual, da necessidade de segurança, das exigências de produtividade e sucesso, da lógica do risco e do pensamento psiquiátrico baseado na evidência visual. As questões econômicas, políticas, sociais e morais que ajudaram a criar o "fato TDAH" deveriam ser mitigadas. Como Ludwik Fleck diria, a face mais superficial da construção do fato científico buscava silenciar os conflitos e consensos científicos e morais que o possibilitaram.

Não é por acaso que, analisando o cenário científico americano, alguns autores descrevem a década de 90, a "década do cérebro", como o auge dos estudos neurológicos sobre o déficit de atenção, financeiramente marcado por um investimento maciço do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH). Nessa mesma década, o quarto volume do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM IV) foi publicado, e o transtorno do TDAH definitivamente reconhecido como tal. Mais do que nunca, os estudos sobre a desordem da atenção e do controle do comportamento e a pesquisa cerebral estavam conectados. Aparentemente, a existência do transtorno e a validade do diagnóstico dependiam da descoberta de suas bases biológicas e cerebrais e dos cálculos de seu potencial de risco.

A ciência biomédica deveria responder satisfatoriamente à pergunta: "O TDAH é realmente uma patologia?". O Consenso Internacional é um bom exemplo do espaço textual e político no qual a discussão sobre a realidade do transtorno emerge. No documento produzido pelo Consenso, no que se baseava a evidência científica da existência do TDAH? A resposta a esta pergunta torna mais claro o vínculo não meramente temporal entre a "década do cérebro" e a tentativa de legitimação biológica do diagnóstico do TDAH. Organizado por Russell A. Barkley, o documento é composto de duas páginas de argumentos, seis páginas de assinaturas de cientistas, associações e instituições governamentais e 16 páginas nas quais pesquisas, artigos e livros científicos são usados como provas a favor da existência biológica do transtorno. Nele, a legitimidade do TDAH é sustentada pela autoridade profissional e pela suposta objetividade da pesquisa científica genética, neuropsicológica e cerebral.

O consenso queria dissolver um "falso" clima de suspeitas anunciado por um grupo de jornalistas "irresponsáveis" que diziam que, na pesquisa científica do TDAH, não havia um consenso sobre a validade do

diagnóstico e sua realidade biológica. O documento oferecia uma resposta definitiva para a pergunta que a mídia supostamente havia colocado na boca dos cientistas: o TDAH é uma condição médica real? A resposta dada no formato de um consenso internacional era que sim, o TDAH é uma condição médica real. A indignação dos cientistas não era em relação à pergunta colocada, e sim à suposição da existência de uma hesitação científica em relação à resposta positiva. Em si, a interrogação sobre a realidade biológica da patologia sempre esteve na base da pesquisa científica do TDAH e era considerada absolutamente legítima.

Pois bem, dois termos devem ser destacados na interrogação acima e duas novas perguntas elaboradas. O que é real? O que é uma condição médica? As respostas exigem que as condições contra as quais as perguntas se opõem, e devido às quais elas passam a ter algum sentido, sejam também explicadas: O que não é real? O que não é uma condição médica? Essas são perguntas semelhantes àquelas encontradas por Hacking (1991, 1995) em sua análise filosófica e histórica sobre a desordem da múltipla personalidade. Dos aspectos analisados pelo autor, um deles se aproxima do debate sobre a legitimidade do TDAH e diz respeito à oposição entre natureza e cultura.

Na história psiquiátrica, não encontramos um critério universal que defina quando uma condição psíquica deve ou não ser considerada uma desordem psiquiátrica. No entanto, de tempos em tempos, algumas tendências ou estilos de pensamento dominam entre os demais e ditam as regras que definem esta diferenciação. Para os assinantes do Consenso Internacional, uma condição médica real se opõe a todo produto social circunstancial, a toda forma de sofrimento culturalmente criado que se assemelha, apenas em sua sintomatologia, ao verdadeiro quadro biológico da desordem. Chamamos este argumento de prova biológica causal. Por outro lado, uma condição médica também é definida pela intensidade do dano que ela, teoricamente, pode causar ao indivíduo afetado e à sociedade na qual ele está inserido. Aparentemente, ela se diferencia daquelas condições da vida normal que demandam a intervenção médica apenas com o intuito de melhoramento (Caliman, no prelo). A seguir, veremos que este segundo argumento, que denominamos de prova 1, está vinculado à lógica e filosofia do risco (Castel, 1987, 1991; Castiel, 1999), incorporada pelo olhar psiquiátrico e pelo discurso biomédico dominante sobre o TDAH.

Prova 1: os Cálculos de Risco

O critério adotado pelo Consenso dizia que evidências científicas deveriam provar que o indivíduo acometido manifestava uma deficiência séria em algum mecanismo físico ou psicológico. A medida da

intensidade dos danos causados deveria ser feita através da análise das taxas de mortalidade e morbidade e do prejuízo das atividades vitais do indivíduo (educação, relações sociais, funcionamento familiar, independência e autossuficiência, vida profissional, etc.). O parâmetro de comparação era os sujeitos da mesma faixa de desenvolvimento do indivíduo afetado. O Consenso argumentava que, de acordo com este primeiro critério, o TDAH é uma patologia real, já que os prejuízos sociais, educacionais, familiares, morais, profissionais e econômicos por ele causados são científica e clinicamente comprovados.

No entanto, Ericson e Doyle (2003) demonstram que a definição da realidade da patologia através da medida de seus possíveis danos está intimamente vinculada à filosofia do risco que, como vimos anteriormente, ao menos desde a década de 70, tem sido incorporada pelo pensamento psiquiátrico. Os autores demonstram que a avaliação do risco não é simplesmente científica e objetiva como o Consenso Internacional sobre o TDAH afirma. A decisão sobre o que é uma consequência adversa e sobre a intensidade na qual ela se torna patológica depende do que uma sociedade acredita ser bom ou ruim, certo ou errado.

Os sistemas de risco são constituídos por princípios morais e são designados para produzir condutas morais. São eles que ditam as regras de vida que devem ser observadas e seguidas pelos indivíduos doentes e por aqueles que, na saúde, se antecipam à doença e a previnem. Ericson e Doyle (2003) demonstram que um determinado regime moral e uma forma de responsabilidade são criados pelos sistemas de risco atuais. Em sua preciosa análise sobre as relações entre o risco e a culpa, Douglas (1992) também demonstra que a lógica do risco que substitui a moral do pecado é aquela na qual todos são responsáveis e culpados pelos eventos que ameaçam a qualidade de vida individual e coletiva. Nessa mesma direção, em vários artigos Rose (Rose, 2003, 2004; Rose & Novas, 2000) analisa as relações entre as biopolíticas do risco, as práticas de subjetivação características das sociedades democráticas atuais e a constituição das identidades somáticas.

Voltando à pergunta sobre a legitimidade de uma condição médica, já é possível dizer que a resposta não é tão simples quanto parece. No caso específico do TDAH, não são apenas testes cognitivos e neurológicos que legitimam ou não a existência da patologia, mas a avaliação da qualidade de vida do indivíduo e do risco de sua ameaça. Mas o que é esta qualidade de vida? Como ela é avaliada? No discurso do TDAH, a avaliação da qualidade de vida está baseada na manutenção da ordem familiar, da eficiência acadêmica e profissional, do enquadramento do indivíduo nas políticas liberais da segurança, da prevenção e da prudência. Um exemplo

concreto, particularmente interessante, é o uso da taxa de acidentes de carro ocorridos com indivíduos com TDAH na legitimação do transtorno. Ela também é usada na defesa do tratamento da patologia como uma medida preventiva contra o risco de novos acidentes.

São novamente Ericson e Doyle (2003) que descrevem um deslocamento moral na compreensão do que é acidente ou acidental. A palavra acidente indica que o evento em questão não foi causado por más intenções; ela descreve um acontecimento que não se pode prever. Os envolvidos não são responsáveis pelo ocorrido e merecem a simpatia da sociedade mais do que uma atitude culpabilizadora. Com o fortalecimento do discurso do risco, a palavra acidente tem sido substituída por outros termos que permitem a atribuição da responsabilidade do ocorrido ao indivíduo. Os seguros para veículos, por exemplo, a substituem por colisão. Eles afirmam que 90% dessas colisões são causadas pelos motorista. A probabilidade de que as condições do veículo ou das rodovias estejam também implicadas não é comentada, e a noção de acidente como algo que “acontece” desaparece da cena. O indivíduo com TDAH é um dos incluídos na lista de possíveis responsáveis pelos acidentes de carro. Eles são uma ameaça à qualidade de vida individual e coletiva das sociedades de segurança. Mas, neste caso, ser considerado um risco potencial para o aumento de acidentes acrescenta mais um ponto positivo à defesa da existência real da patologia.

Prova 2: a causa biológica e o discurso da autoevidência visual

No discurso da legitimidade do transtorno, além da comprovação dos males causados pelo TDAH e de seu potencial de risco e, em certo sentido, mais importante do que eles, está o argumento sobre suas causas biológicas. No Consenso, tratava-se não apenas de demonstrar que o transtorno causava danos ao sujeito, mas que ele, o transtorno, era causado por aspectos biológicos, genéticos e cerebrais. É dito que tais suscetibilidades biológicas não são os únicos fatores influentes no desenvolvimento da patologia, mas são, sem dúvida, os mais importantes. Os dados vinham das pesquisas neurológicas e das funções cerebrais, dos estudos feitos com as tecnologias de imagem cerebral e da pesquisa molecular e genética. Através deles, se afirmava ser possível demonstrar que o transtorno era real porque, finalmente, seus fatores biológicos haviam sido descobertos, e parte deles tornou-se passível de visualização, observação, universalização e comunicação.

O argumento pode ser assim resumido: o TDAH é real porque é visível e biológico. No Consenso, é dito que a análise objetiva e visual dos aspectos biológicos que causam a patologia foi alcançada. Em parte, é desta

pretensa objetividade que a pesquisa neurocientífica sobre o TDAH ganha sua força. O alcance da objetividade visual é anunciado pela comunidade científica como a grande vantagem da pesquisa atual do transtorno. Não por acaso, o início dos anos 80 foi marcado por uma grande discussão sobre as possibilidades diagnósticas que estas tecnologias traziam. A existência de certas patologias mentais e sua legitimidade médica passaram a estar vinculadas à possibilidade de sua visualização: a imagem do "cérebro anormal" possibilitava o diagnóstico da "mente anormal".

As tecnologias de imagem cerebral alimentam a crença da objetividade e neutralidade dos fatos científicos. Na psiquiatria, desde a década de 70, essa crença tem sido fortalecida pela incorporação dos métodos epidemiológicos e estatísticos, pelos cálculos de risco e pelos testes psicométricos. A psiquiatria ganhava legitimidade e força através do discurso da objetividade. E, como Rose (2004) nos mostra, quando as decisões sobre o que é anormal são justificadas por um número em uma escala, os julgamentos que fizeram parte da sistematização e validação dessas escalas tornam-se invisíveis, especialmente quando o que os esconde é uma outra imagem.

Fleck (1935/1979) dizia que todo fato científico é um produto do olhar pré-condicionado do cientista. Dumit (2000) e Cartwright (1995) também nos mostram com exuberância de detalhes a existência de um vínculo entre os dados que as tecnologias de imagem cerebral produzem e o contexto sociocultural no qual elas são inteligíveis. Este vínculo existe, mas é frequentemente omitido, já que o discurso da legitimidade biológica se nutre da ilusão da retórica da autoevidência. Nem sempre é dito que os estudos sobre as imagens cerebrais são constituídos de dados imprecisos e quase sempre contraditórios. Além disso, paradoxalmente, ninguém comenta por que as tecnologias de imagem cerebral não são usadas no dia a dia da clínica do diagnóstico. Raramente é explicado por que, na clínica, elas não são consideradas ferramentas autossuficientes quando se trata de "provar" a existência real do diagnóstico.

Apesar de todos os avanços alcançados pelas tecnologias de imagem cerebral, na prática, elas ainda não são ferramentas diagnósticas autoevidentes. Com relação às causas do transtorno, é explicitado pelo Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity, publicado pelo Instituto Nacional de Saúde Americano NIH (1998), que elas ainda permanecem especulativas e a hipótese do mau-funcionamento cerebral continua sendo apenas uma hipótese. No que diz respeito à clínica diagnóstica do TDAH, o mesmo documento afirma que não há teste válido que comprove a existência ou não do transtorno e não há limites objetivos

entre o TDAH, outras desordens do comportamento e o comportamento normal. Divergências nas prevalências do TDAH em diferentes países levantam questões importantes, já que elas apontam para o risco de um aumento excessivo do diagnóstico em certas nacionalidades (Rose, 2006; Singh, 2006).

É também a ausência de dados conclusivos sobre o melhor tratamento para o TDAH que demonstra que o debate está ainda em aberto: o foco das pesquisas tem sido na intervenção medicamentosa; raros são os estudos sobre os efeitos de longo prazo (long-term studies) no que diz respeito ao risco e à efetividade do tratamento medicamentoso; constata-se uma ausência de informação sobre resultados de longo prazo do medicamento no desempenho educacional e ocupacional do indivíduo com TDAH; não há consenso entre os profissionais da saúde; e pacientes com vários problemas de atenção e atividade e pacientes sem o diagnóstico podem ser beneficiados pelo uso de medicamentos usados para tratar o TDAH (NIH, 1998; Caliman, no prelo).

Entre o Normal e o Patológico?

A "realidade patológica" de um sofrimento, de uma dor ou de uma condição mórbida experienciada pelo indivíduo nem sempre é evidente. A decisão sobre a existência real de uma patologia é especialmente complicada no campo psiquiátrico, onde nada é tão claro. Como estabelecer as linhas entre o normal e o patológico? Não há uma resposta definitiva para esta pergunta. Morbidades que marcaram épocas, como a histeria, foram científica e socialmente legitimadas e, tempos depois, simplesmente desaparecem da cena ou perderam sua validade. Os diagnósticos psiquiátricos também têm um tempo de vida: eles nascem e morrem. A história psiquiátrica é formada por seus surgimentos e desaparecimentos. Ela também é formada por aqueles "semidiagnósticos" que nunca foram suficientemente legítimos a ponto de serem incluídos em seus manuais classificatórios.

O processo de legitimação e "des-legitimação" de uma condição mórbida é extremamente complexo. Ele envolve valores morais, interesses políticos, econômicos e sociais específicos de uma época e de um contexto. Ele também deriva dos acordos que sustentam o estilo de pensamento científico dominante. Desde a década de 1990, presenciamos a fase mais recente das tentativas de universalização política e científica da legitimidade neurobiológica da patologia mental; um processo que, ao menos nos EUA, teve início na década 70. Embora esta seja a tendência geral do discurso psiquiátrico, para cada patologia mental foram criadas estratégias específicas de legitimação. O TDAH é um dos exemplos, mas que se destaca entre os outros devido à enorme atenção

política, econômica e pública que ele tem recebido. O discurso científico que o legitima defende sua realidade biológica e cerebral e sustenta seu argumento na possibilidade de visualização objetiva da patologia e na prova de seu potencial de risco.

No entanto, é importante lembrar que, como Berrios (1996) pontua, os diagnósticos psicopatológicos são constructos cujas fronteiras e limites dependem, em grande parte, da intenção de seus criadores e das pessoas neles enquadradas. E, entre os primeiros e os segundos, nem sempre há acordos. Para os que lidam cotidianamente com o problema do TDAH, os indivíduos diagnosticados, suas famílias ou os profissionais de sua clínica, a pergunta sobre a existência real do transtorno é um prisma composto de muitas partes e sentidos, nem simples, nem autoevidente. Muitos elementos entram em jogo na decisão sobre o que é real, o que não é real, o que é patológico, o que é normal e se o TDAH se inclui em um ou em outro desses reinos.

O processo de constituição social e científica do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade não se resumiu, e não se resume, à interrogação sobre sua natureza real e biológica. Ele 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.

Por outro lado, a psicofarmacologia afirma que logo não haverá limites para a intensificação da atenção. A lógica das individualidades somáticas, corrigíveis e manipuláveis nos diz que tudo é possível. A patologia da atenção legitimou-se nesse contexto, quando os limites corporais e cerebrais da atenção foram parcialmente eliminados. Ela seria o último resquício das limitações do corpo atento. Mas ela também nos demonstra que o sonho do controle da atenção através do controle do corpo e do cérebro pode ser uma ilusão. E, enquanto esse sonho permanecer, veremos cada vez mais indivíduos serem incluídos no rótulo do TDAH.

Referências bibliográficas

- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. London: The Guilford Press.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms – Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blashfield, R. K. (1998). Diagnostic models and systems. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 57-80). London: Pergamon.
- Caliman, L. (2002). *Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do Biopoder em Foucault*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Caliman, L. (no prelo). O TDAH: entre as funções, disfunções e o melhoramento da atenção. *Psicologia em Estudo*.
- Cartwright, L. (1995). *Screening the body – Tracing medicine's visual cultural*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, G. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 281-298). London: Harvester Wheatsheaf.
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível*. Rio de Janeiro: Contracapa.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: Essays in cultural theory*. London: Routledge.
- Dumit, J. (2000). When explanations rest “good-enough”: Brain sciences and the new socio-medical disorders. In M. Lock, A. Young, & A. Cambrosio (Eds.), *Living and working with the new medical technologies: Intersections of inquiry* (pp. 209-232). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Eberstadt, M. (1999). Why Ritalin Rules. *Policy Review*, 94, 1-10. Acesso em 19 de janeiro, 2008, em <http://www.hoover.org/publications/policyreview/3415176.html>
- Ericson, R. & A., Doyle (Eds.). (2003). *Risk and morality*. Toronto: University of Toronto Press.
- Fleck, L. (1979). *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: The University of Chicago Press. (Original publicado em 1935)
- Geis, G. (2000). On the absence of self-control as the basis for a general theory of crime. *Theoretical Criminology*, 4(1), 35-53.
- Gordon, M. & Keiser, S. (1998). *Accommodations in higher education under the Americans with Disabilities Act (ADA): A no-nonsense guide for clinicians, educators, administrators, and lawyers*. New York: The Guilford Press.
- Gottfredson, R. M. & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Greco, M. (1993). Psychosomatic subjects and the „duty to be well“: Personal agency within medical rationality. *Economy and Society*, 22(3), 357-372.
- Hacking, I. (1991). Two souls in one body. *Critical Inquiry*, 17(4), 838-867.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. (1999). *Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta* (A. Carvalho, Trad.). Rio de Janeiro: Rocco.
- International Consensus Statement on ADHD. (2002). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 1-27.
- Könneker, C. (2004). Zappelige Zeiten. *Gehirn&Geist*, Dossier, 3(04), 3.
- Matza, L., Paramore, C., & Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 3(5), 1-9.
- Meldman, M. J. (1970). *Diseases of attention and perception*. London: Pergamon Press.
- Rabinow, P. (1999). *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- Rheinberger, H. J. (2000). Beyond nature and culture: Modes of reasoning in the age of molecular biology and medicine. In M. Lock, A. Young, & A. Cambrosio (Eds.), *Living and working with the new medical technologies: Intersections of inquiry* (pp. 19-30). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2000). The biology of culpability: Pathological identity and crime control in a biological culture. *Theoretical Criminology*, 4(1), 5-34.
- Rose, N. (2003). The neurochemical self and its anomalies. In R. Ericson & A. Doyle (Eds.), *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
- Rose, N. (2004). In search of certainty: Risk management in a biological age. *Journal of public mental health*, 4(3), 14-22.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? *BioSocieties*, 1, 465-484.
- Rose, N. & Novas, C. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29(4), 485-513.
- Singh, I. (2005). Will the "Real Boy" please behave: Dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *The American Journal of Bioethics*, 5(3), 34-47.
- Singh, I. (2006). A framework for understand trends in ADHD diagnosis and stimulant drug treatment: Schools and schooling as a case study. *BioSocieties*, 1, 439-452.
- U.S. Senate. (2004, June). *S. Res. 370, Designating September 7, 2004, as "National Attention Deficit Disorder Awareness Day"*. 108th Congress, 2nd Session. Acesso em 29 de abril, 2009, em <http://www.govrecords.org/sres-370-rs-designating-september-7-2004-as.html>
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.

Luciana Vieira Caliman é Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, pesquisadora do grupo Cognição & Coletivos e do Programa de Pesquisa e Estudos sobre Ação e Sujeito (PEPAS/IMSUERJ), Doutora e Mestre em Saúde, pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Endereço para correspondência: Rua Petrolino César de Moraes, 210, 25, Mata da Praia, Vitória/ES, CEP: 29066230.
Email: caliman@mpiwg-berlin.mpg.de

A constituição sócio-médica do "fato TDAH"

Luciana Vieira Caliman

Recebido: 29/01/2008

Aceite final: 20/04/2008