

SAÚDE MENTAL E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE TDA/TDAH.

¹ELMINO, Ewerton Augusto

SOUZA, Leidiany

GOMES, Luiz Guilherme Araújo

SOUZA, Siméia Rodrigues

RESUMO

Este ensaio teórico se propõe a discutir a problemática do diagnóstico infantil, no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, os efeitos da medicalização na infância e as implicações que este causa a criança a nível biopsicossocial. Uma vez que esta tem surgido como principal alternativa para o controle dos comportamentos tidos como anormais, vale ressaltar que tem disparado os números de diagnósticos na infância e atualmente tem se caracterizado como uma resposta influenciadora e extremamente nociva para o desenvolvimento infantil causando inúmeros conflitos a criança e a família. Outro interesse diz respeito à postura do profissional psicólogo frente a esse cenário uma vez que o mesmo possui ferramentas específicas para contribuir para a compreensão do que está implícito ao saber médico, buscando compreender como o processo de patologização tem refletido nas práticas do profissional de psicologia. Será discorrido a cerca do diagnóstico escolar e a falta de preparo de pedagogos para lidar com o comportamento infantil.

Palavras Chave: Psicologia; Patologização; Diagnostico; TDAH.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso para Obtenção do Título de Graduação em Psicologia
Professor Orientador Me. Luiz Guilherme Araújo Gomes

INTRODUÇÃO

Este ensaio se propõe a discutir o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/TDAH), a partir de queixas vindas principalmente do contexto escolar, onde as crianças são enquadradas em um conceito de normalidade e regras de conduta, construídos histórico e socialmente, e que quando não se ajustam ao modelo estabelecido são diagnosticados e medicados. Problematicamos ainda a postura do profissional psicólogo frente a este cenário, da patologização infantil, uma vez que o mesmo possui ferramentas como a observação a escuta, e até mesmo a anamnese contribuindo para a compreensão do que está implícito ao saber médico. Em nossa atual sociedade nunca se medicou tanto as crianças, isso nos leva a uma reflexão se de fato é necessária intervenção farmacológica e se a criança seria beneficiada com isso, por isso a escolha de tal tema para discussão.

A sociedade constitui ideologias normalistas que não compreende o sujeito como um ser composto por aspectos subjetivos, considerando apenas os aspectos físicos. No que se refere ao conceito de normalidade nos dias atuais ainda há resquícios de negligências contra os sujeitos que são denominados como loucos problemáticos, disfuncionais. A segregação e o sofrimento permeiam toda a história da loucura, tanto fisicamente quanto mentalmente (FOUCAULT, 1972).

A compreensão do ser doente percebida por muitos profissionais do campo da ciência médica centra-se em uma dimensão anatomofisiológica a qual prioriza o aspecto quantitativo. Sendo assim, a doença é sua principal preocupação e não o doente o que acarreta uma visão fragmentada do outro. Os procedimentos ou técnicas adotadas por este aspecto consideram os sintomas de modo isolado, ou seja apenas os aspectos físicos são considerados, exclui-se a subjetividade esquecendo que o mesmo possui uma natureza histórica constituída (TESSER, 2006).

Essa visão fragmentada do sujeito se difere do entendimento de saúde mental em psicologia, que entende o homem em sua totalidade. Sendo assim, para intervir no sofrimento psíquico é preciso possuir um conhecimento do biopsicossocial, olha-se de maneira holística. Atualmente, a psicologia é pensada como área que estuda não somente as psicopatologias, mas considera a relação do homem com o mundo

e suas peculiaridades. A visão psicológica privilegia o homem em todos os seus aspectos, não com a finalidade de normatizar, enquadrar o sujeito em tipologias, mas, sobretudo trazer luz as dimensões obscuras encaradas como anormais.

A Psicologia, nas últimas décadas, tem repensado sua postura por meio de estudos e pesquisas que demonstram influências nas dimensões intrapsíquicas construindo um terreno fértil e propício para a compreensão do doente mental. Esta pesquisa se torna relevante socialmente a partir dessas premissas que considera o sujeito constituído historicamente, assim a psicologia como um saber científico pode colaborar para a desmistificação da loucura.

A partir do conceito analítico das relações de poder de Foucault, será discorrido sobre os processos de subjetivação a partir das leituras do mesmo. Descrevendo sobre a constituição do sujeito e o lugar que o mesmo ocupa frente aos processos de objetivação e subjetivação. Nessa dialética o autor problematiza essa constituição a partir das relações de poder que estão constituídas, sendo elas estatais ou apenas determinadas socialmente, por exemplo, o poder que a psiquiatria exerce sobre os doentes mentais, da medicina sobre a população. No entanto, os padrões de poder existentes constituem uma forma de indivíduo contemporâneo, como o modelo disciplinador que constitui sujeitos marcados por esse período. Nessa concepção o indivíduo aparece como objeto e sujeito constituído por uma sociedade específica (FOUCAULT, 1972).

Entretanto a subjetividade a qual fazemos menção refere-se, a um processo que produz indivíduos onde os mesmos são afetados e retratados como produtos geridos por regras de funcionamento, desse modo o sujeito deve ser compreendido a partir do histórico político. Ao retratar sobre os aspectos que permeiam a subjetividade do indivíduo Foucault e Nietzsche ressaltam que uma força não se determina de forma isolada, mas estabelece relação com outra força, deste modo Foucault, convoca a uma reflexão sobre a subjetividade e sua demarcação no mundo, com a afirmativa da universalidade da noção de objeto. Todavia o autor nos adverte a olhar para além dessa dialética buscando situar uma compreensão do sujeito a partir das relações. (FOUCAULT, 1987, apud TEDESCO, 2006).

O sujeito mencionado nas obras de Foucault não se resume a partir dos objetos que o representa no mundo, nem a uma realidade psíquica externa

constituída, mas uma subjetividade incluída por forças que afeta tanto o sujeito como o mundo (FOUCAULT, 1987, apud TEDESCO, 2006).

A partir da linguagem também se encontra formas de produção, seja ela discursiva ou não, há um dizer que tomamos como realidade. Foucault ainda observa que no discurso se encontra uma lógica do que pode ser falado, que discerne da linguagem que apresenta uma nova realidade a ser descoberta, porém os dois só podem ocorrer por meio das relações (FOUCAULT, 1987, apud TEDESCO, 2006).

DO CONTROLE SOCIAL AO MODELO MANICOMIAL

Há pouca possibilidade em discorrer sobre a patologização sem correlacioná-la a história da loucura, visto que, a cada época a sociedade se posicionou de diferentes formas em relação às patologias. No seu livro História da Loucura Foucault apresenta o fenômeno da loucura desde a Idade Média data do século XV, o louco é percebido como detentor da sabedoria e sua manifestação não é condenada e, sim privilegiada. Para isso, Foucault (1972) irá propor uma releitura da condição humana, para assim compreender como se estruturou determinada ideologia e, conseqüentemente as práticas de patologização. No Renascimento (século XVI), os loucos viviam soltos errantes, e eram entregues a viajantes, eram colocados em barcos e navios e carregados para cidades longe das suas. Os loucos eram levados para longe das cidades e havia navios especialmente para levá-los, no entanto, havia locais destinados para depositá-los (FOUCAULT, 1972).

Já o século (XVII) com a criação de uma quantidade bastante razoável de casas de internamento os considerados loucos, eram enviados para estas instituições, assim a loucura era percebida através da quantidade de confinamento. Nestes locais os loucos viviam em péssimas condições, sem higiene e em situações degradantes, não era avaliado se a enfermidade era curável ou não, com isso a loucura se tornou uma patologia (FOUCAULT, 1972).

Portanto, nesse século, o confinamento aparece como algo desumano alegava-se que essas pessoas não poderiam responder pelos seus atos; e eram predestinados, assim, a loucura passa a ser puramente moral. Ainda no século XVII, o confinamento aparece não com a intenção da cura, mas com o sentido de

disciplinar com caráter de exclusão, assim, a sociedade passa a cuidar dos desocupados, em troca precisam aceitar a coação física e moral do confinamento (FOUCAULT, 1972).

A partir do século XVIII, a loucura está fora da interlocução com a razão. Por isso, o homem deixou de se comunicar com o louco e a ciência a modificou sendo agora patologia para ela, quem percebia o verdadeiro a essência das coisas, estava longe de ser um insensato e o louco era desprovido destes atributos e o que restava era zanzar pelos rios e mares ou ser confinado sob grades. O autor ainda enfatiza que era dever dos hospitais dar não apenas atendimento médico aos loucos, mas também ter o direito de decidir por eles e julgá-los, quando necessário, aos poucos este poder foi conferido à burguesia (FOUCAULT, 1972).

Nos séculos XIX e XX, a medicina psiquiátrica passa a ser responsável por regulamentar os métodos de tratamento, pois além da internação dos loucos, e leprosos, também haviam aqueles que contaminados com algum tipo de doença venérea ou com comportamento que violasse as regras sociais, estes também eram encaminhados para estes locais (FOUCAULT, 1972).

A partir dos estudos de Pinel elaborou-se a teoria médica sobre a loucura, sugerindo que o manicômio seria não só um lugar para abrigar os isolados, mas que propiciasse também o espaço para o tratamento desses loucos. O autor postulava que a doença se tratava de um distúrbio das funções mentais, dessa forma os pacientes recebiam tratamento médico, necessitando ser afastado do convívio social e sendo encaminhados para tratamentos que contemplava na recuperação da racionalidade. Mas com a guerra de 1914-1918, indicou um novo período em que os asilos passam a ter uma estrutura mais hospitalar nomeado como hospital psiquiátrico (FOUCAULT, 1972).

O PROCESSO HISTÓRICO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

Ao descrever sobre o processo histórico da criança, Áries (1978) nos fala sobre a construção da infância ao longo dos séculos. Inicialmente no século XI, a fase infantil era extremamente ignorada, as crianças eram tratadas como mini adultas essas e portanto não eram percebidas na sua inocência. Por volta do século XII a arte medieval ignorava a infância e não a representava, não existia lugar para a

infância no mundo. No cristianismo, as crianças que eram batizadas a sua alma era considerada imortal, durante muitos anos as crianças eram enterradas em casa no jardim ou em qualquer lugar, consideradas insignificantes, assim esse cenário ocorria naturalmente.

A partir do século XVII, uma mudança expressiva transformou a família e a escola. As crianças nos períodos anteriores desenvolviam o aprendizado por meio das vivências com os adultos, o que corroborava no descaso com as fases do desenvolvimento infantil. Foi somente no final do século XVII, que a criança passa a ter acesso a educação, com o advento, as famílias desejavam possuir retratos pintados de seus filhos mesmo estando pequenos, essa atitude permanece na sociedade até a atualidade (ARIES,1978).

Ainda no século XVII, o rei Luiz XIII, relata sobre a importância do traje infantil, essas etapas outrora despercebidas, começam a ter relevância nessa fase, as crianças passam a se vestir com roupas em conformidade com a sua etapa.

Não obstante, a partir do século XVIII, com o surgimento dos anticoncepcionais que o conceito em relação a banalização da mortalidade infantil desapareceu e surge o aparecimento da importância da recordação da criança, esse reconhecimento foi significativo para a história dos sentimentos da infância, a criança passou a ser representada de maneira singular, esse fato repercutiu entre os pintores renomados como Rubens Van Dyck e outros que faziam menção artística dos pequenos príncipes (ARIES,1978).

A maneira como a criança foi tomada pela história, subsidiou as ciências, como a psicologia e pediatria que associam os problemas da infância e suas descobertas por meio da história da infância, e o vasto processo de vulgarização. Deste modo nossa sociedade tem uma gama de problemas físicos sexuais e morais da infância (ARIES, 1978).

O AMBIENTE ESCOLAR E A SIGNIFICAÇÃO CONSTRUÍDA PELOS DOCENTES

Segundo Collares e Moysés (1994,p.25), a patologização escolar, “consiste na busca de causas e soluções médicas, a nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social”.

As queixas dos professores, na sua maioria são de indisciplina e falta de limites, alegando que crianças muito quietas ou “bagunceiras” podem ter déficit de atenção/ hiperatividade, utilizando o TDAH para justificar o fracasso escolar. Assim as crianças que não enquadram nas condutas desejadas pelos profissionais da educação são taxadas com tal transtorno. Os pais preocupados com as queixas dos professores procuram ajuda médica, psicológica, psiquiátrica com o objetivo de “curar” os filhos, o que resulta na medicalização.

A escola como instituição é considerada um ambiente disciplinador, o que não faz parte do que é desejável a criança, que seria um ambiente onde houvesse liberdade para ser criativo e comunicativo. Outro sim é como esses profissionais estão se confundindo em relação ao que é normal e patológico (COLLARES e MOISES, 1994).

Nesse contexto tendem a justificar o péssimo desempenho de seus estudantes pela existência do TDAH, o diagnóstico efetuado na escola tende a estar equivocado pois são feitos de forma deliberada, por profissionais que não possuem conhecimento para realizar tal diagnóstico. A avaliação de uma criança com suspeita de TDAH deve ser extremamente cuidadosa, e algumas posturas adotadas pelos pedagogos ou profissionais da saúde, que possuem uma ausência de conhecimento ou mesmo um conhecimento superficial sobre a o transtorno podendo induzir a um diagnóstico errôneo (GRAEFF e VAZ, 2008).

Ocorre que na maioria dos casos o TDAH, está associado a questões comportamentais, sendo considerado o responsável por uma boa parte dos problemas escolares, tendo em vista que ele, associado ou não com a hiperatividade, prejudica e muito o desempenho do aluno, pois compromete um atributo essencial para a aprendizagem em geral que é a atenção e fixação do aprendizado (GRAEFF e VAZ, 2008).

O TDAH/TDA, o Transtorno Desafiador Opositivo e o Transtorno de Conduta, são considerados atualmente os transtornos mais comuns no cotidiano profissional de pediatras, psicólogos e psiquiatras, a estimativa é em 3 a 6% da população infantil geral. As pesquisas fazem uso de amplos métodos e empregam diversos

instrumentos, com isso, a comprovação do diagnóstico é diretamente influenciado pelo método empregado e com o rigor do profissional (GRAEFF e VAZ, 2008).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM/CID: CONSTATAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PARA A INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA

As patologias psíquicas tornaram-se muito fáceis de serem reconhecidas e diagnosticadas por uma série de critérios de exclusão e inclusões através do DSM, (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). O DSM-consiste no Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais, que se encontra atualmente na sua quinta edição, elaborada em 2013. As edições são reguladas pela Associação Americana de Psiquiatria, conhecida também como APA que em inglês significa (American Psychiatric Association) contém os aspectos clínicos, epidemiológicos, e estatísticos dos transtornos mentais que são amplamente utilizados pelos psiquiatras como um instrumento de diagnóstico.

Outro instrumento é utilizado é o CID (Classificação Internacional de Doenças), que foi elaborada em 1993 encontrando-se na sua décima edição. Suas edições são reguladas pela Organização Mundial de Saúde e abrange possíveis condições clínicas da medicina, contendo também os transtornos mentais. Os instrumentos de classificações do CID-10 e no DSM-5, abrangem os transtornos mentais no qual possuem um conjunto de sintomas (que são observados) e sinais que podem ser categorizados desde grau leve até o grave (SENA, 2008).

O diagnóstico do transtorno é repleto de armadilhas. O primeiro problema reside na ausência de testes físicos, neurológicos ou psicológicos que provem de fato a existência do TDAH em uma criança ou em um adolescente. Já o segundo ocorre durante a avaliação clínica pois 80% das crianças ficam em silêncio e comportadas durante a avaliação, dificultando ao profissional adequadas condições para reconhecimento dos sintomas do transtorno (GRAEFF e VAZ, 2008).

Mais do que classificar a doença é necessário olhar para a pessoa que adoece, suas relações afetivas e interpessoais no seu contexto de vida, buscando compreender os fatores que foram responsáveis para a enfermidade se instalar, como: fatores sociais, familiares, questões financeiras, culturais e religiosos, dentre outros.

Embora haja sintomas considerados frequentes no diagnóstico temos que observar para que os mesmos não sejam analisados de forma isolada e nem correlacionados com o TDAH, sem uma verificação meticulosa, pois são variantes as questões que interferem na nossa capacidade cognitiva como: concentração reconhecimento de estímulos ambientais, possibilitando interferências na realização de atividades essenciais, o mesmo vale para inquietação, agitação e resultados impulsivos podendo interferir no nosso cotidiano (SENA, 2008).

Faz-se necessário considerar as dificuldades apresentadas pelas crianças a fim de afastar fatores externos que podem interferir no momento do diagnóstico. Os pesquisadores Phelan (2005), e Mattos (2003), indicam como argumento a hereditariedade que acarreta na disfunção cerebral que seria encarregada pela atenção, outros fatores mencionados a saber seriam questões incididas na fase pré-natal, perinatal ou pós-parto. Porém a contraversão a essa teoria, Mattos (2003), afirma que eles não possuem comprovação científica.

Segundo Phelan, (2005) as causas do TDA/TDAH estão associadas com a má educação dos filhos, na tentativa de culpabilizar os pais pela manifestação dos sintomas. No entanto, essa ideia não é válida, ambos não estão intrinsecamente relacionados, além disso, a condução no desenvolvimento dos filhos poderá motivar em psicopatologias nos mesmos, mas nitidamente não no TDA/TDAH. O transtorno ocasiona vários problemas relacionados a sentimentos, dentre eles: baixa autoestima, oscilações do humor, sentimentos de fracasso e incongruência nas relações interpessoais, todavia estes sintomas são apontados como ocasionadores do transtorno.

Em suma, o DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais elaborou parâmetros com o intuito de classificar o indivíduos que apresentam TDAH, onde o mesmo apresenta grau de distração ou hiperatividade que abranja os seguintes pontos: Durante pelo menos seis meses o comportamento deve permanecer persistente; a apresentação dos sintomas ocorre normalmente com sete anos de idade; o comportamento é visto como “anormal” quando confrontado com outros indivíduos da mesma idade; outro sintoma é que o comportamento característico do TDAH, prejudica de forma significativa na habilidade funcional da pessoa acarretando sérias perturbações especialmente na família, na escola, no trabalho, bem como em vivências sociais (PHELAN, 2005).

No entanto, o foco deixou de ser no sujeito e passou a ser nos transtornos. Este manual almeja classificar para diagnosticar. O TDAH é considerado um transtorno crônico e que vai evoluindo ao longo dos anos, e segundo os especialistas, se manifesta na fase infantil. Por isso as crianças são diagnosticadas e medicadas de forma tão precoce (COLLARES e MOYSÉS 1994).

Acerca da medicalização Tesser (2006) afirma que o processo da medicalização da vida humana pode trazer impactos irreparáveis, considerando a subjetividade humana. O alto consumo dos medicamentos tem o poder de dominar a sociedade tendo como ocorrência a diminuição da capacidade dos indivíduos se tornarem seres autônomos, logo várias pessoas nestas condições alegam sua impotência em lidar com as dores cotidianas, com os conflitos, com a própria implicação individual perante a vida (TESSER, 2006).

Ao ser diagnosticado o doente é convocado a aceitar a interpretação do profissional, mesmo que existam relevantes culturais, que podem interferir no diagnóstico, o doente se apropria do diagnóstico concedido pelo médico que avalia o sujeito de forma isolada através dos sintomas emitidos. Nessa perspectiva o modelo biomédico não leva em consideração a vivência do sujeito, se apoiando na objetivação. O diagnóstico direciona o indivíduo no sentido apontado pelos sintomas avaliados pelo médico (TESSER, 2006).

O princípio médico consiste no dever ético em sedar a dor, e no alívio do sofrimento, tendo como foco a patologia. O desafio maior é na reconstrução da autonomia do sujeito que se apoia no modelo diagnosticar-medicalizar. A procura do sujeito pelo serviço de saúde consiste no interesse pelo conhecimento da enfermidade e pela passividade frente à condição vivenciada, outro fator importante, é que o sujeito deseja obter resposta que ocasiona no tratamento específico da doença (TESSER, 2006).

O convite para a intervenção médica e farmacológica em crianças é crescente na sociedade atual. Somam-se demandas dos pais, da escola e do meio social que compõem o cenário das crianças. Tornou-se cada vez mais raro conter-se das tecnologias medicamentosas- biológicas para o controle das crianças. No tocante à dimensão escolar, se evidencia o quanto a instituição acredita ser indispensável a

medicação para o desenvolvimento dos processos intelectuais (atenção, memória e pensamento (COLLARES e MOYSÉS 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o século XV é possível perceber como o conceito de normalidade e a subjetividade se modifica. O “anormal” era considerado detentor de uma sabedoria divina, sendo a loucura uma manifestação dos Deuses. No século seguinte os loucos viviam soltos, pois eram levados para longe de suas casas e familiares sendo excluídos da sociedade. Já no século XVII os que eram considerados loucos eram enviados para locais de confinamento, depositados como se fossem objetos, vivendo em condições de vida desumanas, sem que seu estado mental fosse avaliado, ou tratado. O confinamento não tinha a intenção de cura do indivíduo, mas sim de os excluir do contexto social, dessa forma o louco já não era visto como um ser desprovido de razão. A partir dos séculos XIX e XX a psiquiatria passou a ser responsável pelos métodos de internação dos loucos, mas somente com Pinel que os loucos passaram a ser considerados pacientes que eram portadores de um distúrbio que precisava ser tratado.

Os primeiros estudos sobre infância foram por volta do século XVII a sociedade ignorava totalmente as crianças sendo consideradas como seres insignificantes, a mortalidade infantil era alarmante, sendo assim elas eram enterradas em qualquer lugar. Somente no final do século XVII e início do XVIII onde as crianças tiveram acesso à educação, os familiares passaram a ter retratos pintados de seus filhos mesmo sendo crianças. A partir daí a banalização da mortalidade infantil desaparece, e no século seguinte a fotografia foi substituindo a pintura e a sociedade começou cada vez mais a se sensibilizar pelas crianças não sendo mais consideradas como pequenos adultos, se vestindo com roupas de acordo com sua fase.

Na contemporaneidade os pais depositam a responsabilidade da educação de seus filhos à escola. Surgem então queixas a respeito das crianças no ambiente escolar, professores alegam que são muito inquietas, indisciplinadas e com falta de limites. Devido a falhas na educação, os professores utilizam do TDAH (Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade) para justificar seus erros. As crianças que

não se enquadram nas regras e condutas desejadas pelos professores são consideradas “anormais” e rotulados com TDAH. A avaliação de uma criança com suspeita de TDAH/TDA em uma escola geralmente se dá de forma errônea, pois não são feitos por profissionais que tenham capacitação para isso. A maioria dos casos de tal diagnóstico, está relacionado a questões comportamentais da criança, mas diagnósticos errados podem agravar ainda mais o comportamento da criança e ainda afetar seu desenvolvimento causando danos as vezes irreversíveis, desencadeando em baixa autoestima, sentimentos de fracasso, dificuldades nas relações sociais, entre outros.

É importante ter um outro olhar para a pessoa além de seus sintomas, suas relações sociais, seu contexto de vida, procurando entender quais fatores poderiam contribuir para que a pessoa adoça, tentando entender quais as dificuldades apresentadas pelas crianças com diagnóstico em TDA/TDAH. O foco da psiquiatria é a doença e não o doente, diante disso se faz necessário um cuidado maior nos diagnósticos, não se ater somente aos sintomas observáveis como no CID e DSM, mas levando em consideração testes de estímulos neurológicos, e psicológicos que comprovem de fato o diagnóstico de TDA/TDAH.

A pessoa que é diagnosticada com uma doença se apropria do rótulo cedido pelo médico, legitimando dessa forma o seu poder. Ainda que a psicologia ainda esteja conquistando seu espaço aos poucos, muitos psicólogos legitimam o poder médico, sem avaliar a pessoa segundo seus métodos confirmando por vezes o diagnóstico do psiquiatra. Podemos fazer uma analogia com as crianças consideradas como “anormais”, tratadas pela sociedade como objetos regidos por regras e princípios, moldando assim a subjetividade do mesmo. O “problema” pode ser que não esteja na criança, mas pode estar no professor, nos pais, no médico, ou talvez no psicólogo. Como já disse Collares e Moysés (1994), as pessoas buscam causas e soluções médicas, para problemas de origem essencialmente sociais, por isso ocorre a banalização do diagnóstico médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FOUCAULT M. **História da loucura**. Editora Perspectiva, 1972.

COLLARES e MOYSÉS. **A transformação do Espaço pedagógico em Espaço Clínico (A patologização da educação)**. Série ideias, 1994.

TEDESCO, S. **As Práticas do dizer e os processos de subjetivação**. Interação em psicologia, 2006.

TESSER, C. D. **Medicalização Social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica**. Interface, comunicação e saúde, 2006.

ARIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Zabar editora. Rio de Janeiro, 1978.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. **Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. Psicol. USP, São Paulo, 2008.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 1 ed. M Books do Brasil Ltda. São Paulo, 2005.

MATTOS, P. et al. **Princípios e Práticas em TDAH**. Artmed. Porto Alegre, 2003.

SENA, Soraya da Silva; Luciana Karine D. **Desafios Teóricos e Metodológicos na Pesquisa Psicológica Sobre TDAH**. Temas Psicol. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jan. 2018.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª Edição, Artmed, Porto Alegre, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Edição. Editora da Universidade de São Paulo, 2008.