

MESTRADO
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

“O MUNDO NÃO FOI FEITO PRA MIM. EU FUNCIONO
DIFERENTE”

Construção do diagnóstico de PHDA e a escola

Livia Giammattey Machado Lima

L

2021





Livia Giammattey Machado Lima

“O mundo não foi feito pra mim. Eu funciono diferente”

Construção de diagnóstico de PHDA e a escola

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, domínio Escola, Comunidade e Democracia - Educação para a Saúde para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, sob orientação da Professora Doutora Sofia Castanheira Pais.

Dedicatória

Ao Senhor Deus por ter me fortalecido no decorrer do trabalho e ter me concedido a graça de finalizá-lo.

A mim por todo esforço dedicado, por ter sempre acreditado neste estudo e por ele ter perseverado.

A minha mãe Denise, fonte inesgotável de inspiração e de amor incondicional.

Ao meu pai Juarez e ao meu irmão Marcelo por serem meus melhores amigos e apoiadores.

Às memórias de minha babá Maria José, que incentivou a minha educação formal e conduziu-me para a descoberta do mundo.

Agradecimentos

À minha querida orientadora Profa. Dra. Sofia Castanheira Pais, por acreditar neste trabalho, pela entrega e total disponibilidade demonstradas do início ao fim, em ouvir minhas ideias, anseios e angústias. A quem serei eternamente grata pelo carinho, acolhimento, sensibilidade e respeito à minha subjetividade. Além de suas preciosas partilhas e intervenções que me levaram a navegar por mares nunca antes navegados.

Aos professores e aos colegas do curso de Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e Educação, em especial as colegas Beatriz, Fernanda, Viviane, Katia, Cláudia, Ana, Tânia e Maria do Socorro e aos colegas Fábio, Ricardo e Edmilson que tornaram o percurso do mestrado ainda mais rico pelas discussões, trocas, reflexões e amizade.

Às professoras do domínio Escola, Comunidade e Democracia - Educação para a Saúde, em especial à Profa. Dra. Preciosa Fernandes pela preocupação e atenção dedicada aos (as) alunos (as) do domínio, principalmente em tempos de confinamento.

Às mulheres portuguesas, tanto aquelas que se dispuseram em participar deste estudo, quanto aquelas que me acolheram como mãe, irmã, amiga e conselheira desde que cá cheguei, em especial Alice e Maria Inês.

RESUMO

A emergência de uma discussão mais aprofundada sobre a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) tem levantado cada vez mais fóruns de discussões acerca do seu diagnóstico, tratamentos e medicalização. Estes grupos de discussões, informais ou promovidos por entidades ou associações, buscam proteger pais e educadores (as), sem muito considerarem o lugar do próprio sujeito, negando a dimensão social do seu diagnóstico, uma vez que grande parte dos estudos situados nesta problemática assumem unicamente a dimensão médica e biológica. As tensões nestas discussões retratam, entretanto, a nebulosidade deste diagnóstico que apresenta fragilidades na definição de seus sintomas e em suas práticas, para além de informações controversas. Desta forma, este trabalho apresenta-se com o objetivo de compreender a complexidade envolvida no processo de PHDA em mulheres portuguesas partindo de suas experiências no contexto escolar, entendendo suas particularidades, tecendo percepções de como mulheres diagnosticadas lidam com questões sobre a medicalização, maternidade, relações interpessoais, percurso acadêmico, carreira profissional, entre outros, assumindo o diagnóstico como uma bússola que norteia os objetivos específicos deste estudo. Para tanto, buscamos fazer uma escolha epistemológica que comprometa abarcar a complexidade desta temática, partindo de um olhar que reconheça o diagnóstico como um processo também de construção social que corrobora para a reconfiguração da identidade do indivíduo. Relativamente aos instrumentos metodológicos utilizou-se da netnografia para a seleção de participantes. Após a seleção, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, sendo a análise temática o recurso escolhido para aprofundamento e análise dos dados recolhidos. As mulheres portuguesas diagnosticadas com PHDA selecionadas para este estudo trouxeram-nos, por meio das suas narrativas, reflexões sobre os efeitos sociais do diagnóstico e sobre os aspetos que desencadearam esses fenómenos, nomeadamente as experiências que vivenciaram no âmbito escolar e como estas experiências influenciaram este processo.

Palavras-chaves: Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PHDA), Diagnóstico, Medicalização, Escola, Mulheres.

RÉSUMÉ

L'émergence d'une discussion plus approfondie sur le TDAH (trouble déficitaire de l'attention et trouble d'hyperactivité) a suscité de plus en plus de forums de discussion sur son diagnostic, ses traitements et sa médicalisation. Ces groupes de discussion, informels ou promus par des entités ou des associations, cherchent à protéger les parents et les éducateurs, sans trop se soucier de la place propre du sujet, niant la dimension sociale de son diagnostic, la plupart des études sur cette question n'assumant, dans sa majorité, que la dimension scientifique et biologique. Les tensions dans ces discussions dénoncent cependant la nébulosité de ce diagnostic, qui présente des faiblesses dans la définition de ses symptômes et dans ses pratiques, en plus d'informations controversées. De cette manière, ce travail se présente avec l'objectif de comprendre la problématique impliquée dans le processus de TDAH chez les femmes portugaises, à partir de leurs expériences en contexte scolaire, comprendre leurs particularités, tisser des perceptions sur la manière dont les femmes diagnostiquées traitent les questions de médicalisation, maternité, relations, parcours académique, carrière professionnelle, entre autres, en assumant le diagnostic comme une boussole qui guide les objectifs spécifiques de cette étude. Par conséquent, nous cherchons à faire un choix épistémologique qui compromet d'embrasser la complexité de ce thème, à partir d'une vision qui reconnaît le diagnostic comme un processus de construction sociale qui corrobore la reconfiguration de l'identité de l'individu. En ce qui concerne les instruments méthodologiques, la netnographie numérique a été utilisée dans la sélection des participants. Après la sélection, les récits biographiques ont été choisis à travers des entretiens semi-structurés, l'analyse thématique étant la ressource choisie pour approfondir et analyser les données collectées. Les femmes portugaises diagnostiquées avec le TDAH sélectionnées pour cette étude nous ont apporté, à travers leurs récits, des réflexions sur les effets sociaux du diagnostic et sur les aspects qui ont déclenché ces phénomènes, à savoir les expériences qu'elles ont vécues dans leur environnement scolaire et comment ces expériences ont influencé ce processus.

Mots clés : Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH), Diagnostic, Médicalisation, École, Femmes

ABSTRACT

The emergence of a more in-depth discussion about ADHD (Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder) has raised increasingly more discussion groups regarding its diagnosis, treatments, and medicalization. These discussion groups, informal or promoted by entities or associations, seek to protect parents and educators, without much regard for the subjects themselves, denying the social dimension of their diagnosis, since most studies only take into consideration the scientific-biological dimension. The ongoing tensions in these discussions show, however, the diagnosis' lack of clarity, presenting weaknesses in the definition on both its symptoms and practices, in addition to questionable information. In this manner, this research paper seeks to understand how ADHD affects Portuguese women, starting from their experience within the schooling system, understanding their peculiarities, and how diagnosed women deal with issues regarding such as medication, maternity, relationships, academic path, professional career, among others, taking the diagnosis as a compass that guides this study's main objectives. Therefore, we seek to make an epistemological choice that embraces the complexity of this issue, starting from the point of view that sees the diagnosis as a process of social construction which corroborates the reconfiguration of the individual's own identity. Regarding methodology, ethnography was used in participant selection of participant. After the selection, biographical narratives were chosen through semi-structured interviews, with thematic analysis being the chosen resource for deepening and analyzing the collected data. The Portuguese women diagnosed with ADHD selected for this study brought us, through their narratives, reflections on the social effects of the diagnosis and on the aspects that triggered these phenomena, namely the experiences they lived through in their school environment and how said experiences influenced this process.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Diagnosis, Medicalization, School, Women

Lista de abreviações

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
PHDA - Perturbação do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
SPDA- Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção de Portugal
APDCH -Associação Portuguesa da Criança Hiperativa

Índice de apêndices

Apêndice I - Consentimento informado encarregado de educação
Apêndice II - Guião orientador
Apêndice III- Convite realizado em rede social – Facebook
Apêndice IV- Quadro - Representação do PHDA sobre a perspectiva das participantes
Apêndice V - Quadro 3 - “Eu” pré-diagnóstico
Apêndice VI- Quadro 4 - “Eu” durante o diagnóstico
Apêndice VII- Quadro 5 - “Eu” pós -diagnóstico

Índice

Meu estudo, minha história

Introdução	13
Capítulo I – Enquadramento teórico e conceitual - “Nós não somos vistos como devia ser”	16
1.1 A globalização do PHDA	17
1.2 Compreensão histórica do diagnóstico em Portugal	20
1.3 Tenho PHDA e agora?.....	23
1.4 A escola do Cérebro	29
1.4.1 O discurso médico pedagógico da Educação	29
1.4.2 O diagnóstico como passaporte para a Educação	32
1.5 A medicalização como alívio ao sofrimento	33
1.5.1 O consumo da performance	37
1.5.2 Os riscos da medicalização	41
Capítulo II – Quadro Metodológico - “É uma deficiência que não é aceita”	43
2.1 Objetivos da Investigação	43
2.2 A Construção do Estudo	44
2.3 Escolhas metodológicas: os métodos, técnicas e instrumentos de recolha e análise de dados.....	44
2.3.1 Seleção das Participantes	46
2.3.2 Entrevistas	49
2.3.3 Análise de Dados	51
2.4 Preferências Paradigmáticas	53

Capítulo III – Análise e discussão de dados - “É sempre exigido um comportamento de uma pessoa, dita normal”	55
3.1 O processo de análise.....	55
3.2 Leitura flutuante das entrevistas e identificação das convergências das narrativas	56
3.3 Representação do PHDA sobre a perspectiva das participantes	57
3.4 “Eu” pré-diagnóstico	59
3.5 “Eu” durante o diagnóstico	62
3.6 “Eu” pós-diagnóstico	65
3.7 A jornada cíclica da construção do diagnóstico	69
3.8 Disposição ecológica dos temas	71
Considerações finais	75
Referências bibliográficas	78

Meu estudo, minha história

Nasci no Rio de Janeiro em 1984. Aos 35 anos, despertada por uma grande inquietude, sou movida a buscar a realização de sonhos adormecidos em outro lugar, por outros caminhos.

Naquela altura acabava por me ser concedida a cidadania portuguesa, pois bem arrumei as malas, trazia comigo experiências profissionais frustrantes, imensas cargas de trabalho que me puseram cotidianamente sob imensa pressão, metas inalcançáveis e crises de ansiedade.

Algo em mim precisava mudar, eu precisava mudar. Um mestrado na minha então recente pátria parecia-me um refrigerio. Por muitas vezes achei que estava a fugir, mas o que impediria a fuga de ser uma grande descoberta?

Pois bem, o tema de saúde mental veio-me de encontro, de uma forma ou outra fez-se sempre presente em minha vida. Para além das dificuldades que vivenciei e que presenciei, o facto ter convivido com minha mãe diagnosticada com depressão, fizeram-me sempre refletir sobre a problemática da saúde mental, nomeadamente da mulher.

Quanto ao meu percurso académico, aos 18 anos ingressei no curso de Letras na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Naquele momento, ainda muito jovem, algumas aulas eram, como muito bem descreve Clarice Lispector, “socos no estômago”. Lembro-me que entre as cadeiras do curso, interpelavam-me as aulas ministradas pelo professor Marco Lucchesi, poeta, escritor e romancista que costumava durante suas aulas narrar seus encontros com Nise da Silveira, de quem era muito próximo e amigo.

Nise foi uma psiquiatra brasileira que na década de 40 negava-se a seguir as práticas de tratamentos como o eletrochoque. Dedicou toda sua vida ao trabalho com portadores de doenças crônicas mentais, embora ainda hoje seja subestimada como aquela que “libertou os loucos através da arte”, é indiscutível seu legado na terapia ocupacional ao trocar tratamentos convencionais à época por relações afetuosas capazes de compreender o mundo interior de seus pacientes.

Coincidentemente ou não, cá estou eu a reviver as memórias de Nise, quem tenho como uma fonte inesgotável de inspiração, uma vez que revelou grande sensibilidade, humanização e respeito pela individualidade. Para Nise, a loucura é um estado de ser, e ao ressoar a ela apoio-me na crença de que o diagnóstico é senão um estado de ser.

Mas então porquê o PHDA? O tema do PHDA (Perturbações do Défice de Atenção e Hiperatividade) apareceu-me quando um querido amigo brasileiro, sensível e muito

talentoso, ao licenciar-se em Ciência da computação pela Universidade Federal Fluminense (UFF), no Rio de Janeiro, desenvolveu um jogo para crianças portadoras de PHDA.

Eu, que até então não havia me interessado pelo tema e desconhecia-o completamente, iniciei a pesquisar sobre. Dentre as minhas descobertas, este tema mostrava-se de grande pertinência devido aos dados alarmantes que dele emergiam.

De certa maneira, a escolha da temática vai de encontro ao meu interesse particular na procura de maior esclarecimento, no que tange a saúde mental, especialmente em mulheres adultas.

Por fim, harmonizo-me às palavras de Poirier et al. (1995) para afirmar que todo este estudo é costurado sobre o meu próprio processo de investigação que ao fazer parte de minha história, torna-me investigadora de mim, historiadora de mim e, neste sentido, desenvolve e reconstrói o fio da minha própria vida. E que, de alguma forma, desta reconstrução resulta um texto que não tem a intenção de provar nada, mas de apresentar a vida em termos significativos para aqueles que a viveram e ou para aqueles que por ela se interessem.

Introdução

A Perturbação do Défice de Atenção e Hiperatividade (PHDA) é um dos transtornos psiquiátricos infantis mais comuns no mundo (Sax & Kautz, 2003). Os principais sintomas são desatenção, hiperatividade e impulsividade. Aproximadamente 75% das crianças diagnosticadas são do sexo masculino (Schneider & Eisenberg, 2006), para além de pesquisas apontarem este como o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre crianças e adolescentes em idade escolar, com estimativas de prevalência mundial entre 5% e 7,2% (Conrad, 2018).

Existem três perspetivas em torno do diagnóstico de PHDA. A primeira delas é ser considerado como uma patologia causada por uma combinação de fatores biológicos de ordem neurocognitiva e motora, um desequilíbrio neuroquímico cujo tratamento medicamentoso se justificaria. A segunda, por sua vez, reforça ser uma combinação de fatores biológicos, mas não somente, há de se considerar os fatores sociais. E assim sendo, este diagnóstico não captaria a heterogeneidade e complexidade do transtorno (Singh, 2009). Sob este prisma, há a aceitação da medicação de natureza estimulante, embora existam céticos que contestem o tratamento com psicotrópicos quando comparado a outras intervenções, como as terapias comportamentais (Pelham, 2007). Por fim, a última perspetiva prevê este diagnóstico como um distúrbio, ocasionado devido a causas externas, as quais provocam uma predisposição no indivíduo, como tabagismo materno, exposição a elementos químicos como chumbo, aditivos alimentares e assim por diante. Esta perspetiva acredita na prevenção da disposição e numa maior conscientização sobre os fatores ambientais, de modo a reduzir a recorrência aos psicoestimulantes (Sonuga-Barke, 2005).

Vale ressaltar que, entretanto, grande parte dos estudos tem se concentrado sobre a primeira perspetiva, que sustenta a busca de evidências de causas genéticas ainda em estados iniciais. Ou seja, as evidências científicas recomendam que o PHDA não deveria ser explicado por fatores genéticos ou fatores ambientais isoladamente ratifica Singh (2009). Ora, todas estas elucubrações envolvem uma variedade de partes interessadas: pais, professores (as), médicos (as), cientistas, sociólogos (as) e o não menos importante, o próprio indivíduo.

Outro facto relevante é o diagnóstico de PHDA ter surgido das categorias de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) relacionadas com a “hiperatividade” e a “disfunção cerebral mínima”, cujo antecedente categoriza-se como “transtorno do défice

de atenção” (DDA: com ou sem hiperatividade), conforme estabelecido pela APA (American Psychiatric Association) em 1980.

Em Portugal, conforme aponta Filipe (2016), é ainda nesta década que a temática ganha evidência clínica e científica, especificamente na literatura psicológica que considerava que crianças hiperativas poderiam ser descritas como aquelas que têm, entre outras características: reações indiscriminadas e impulsivas a estímulos diferentes, inquietude e incapacidade de completar tarefas, e oscilação de comportamentos em mais de um contexto social, por exemplo, escola e casa, resultando em um impacto negativo no convívio social. Consequentemente, após a construção do diagnóstico ocorreu um crescimento global no consumo de medicamentos psicoestimulantes, entre os mais comuns Metilfenidato e a Ritalina. Apesar desse aumento, profissionais de saúde, políticos, cientistas sociais e educadores (as) demonstram preocupação acerca dos indicadores de medicalização no país (Pais, Menezes & Nunes, 2016)

Apoiadas nos preceitos da Declaração dos Direitos Humanos e Direitos da Criança, existem algumas ações que procuram conscientizar a sociedade portuguesa a fim de promover uma discussão mais alargada sobre o tema como um manifesto Por Uma Abordagem Não Medicalizante Nem Patologizante da Educação publicado em 2012 pela Universidade do Porto, além do Projeto de Lei n.º 984/XIII/3 /2018 do deputado André Silva PAN (Partido das Pessoas, Animas e da Natureza), que visa assegurar a não prescrição e administração de Metilfenidato e Atomoxetina a crianças com menos de 6 anos de idade.

Curiosamente, em contexto escolar, conforme aponta Fonseca (2015), o déficit de atenção é mais comum em meninas que prestam pouca atenção aos pormenores ou cometem erros por descuido nas tarefas escolares, ainda que seja, geralmente, associado como “doença da hiperatividade”, da “inquietude”, principalmente de meninos. A este respeito, Kooij (2009) ratifica o discurso de Fonseca (2015), ao afirmar que em meninas os sintomas de PHDA são menos acompanhados de hiperatividade e agressividade do que em rapazes e, por este motivo, o processo de diagnóstico em mulheres é impercetível na infância.

Não obstante sua relação ao comportamento desviante de crianças, sobretudo na fase de alfabetização escolar, seu diagnóstico ascende cada vez mais fóruns de discussões, que se estendem até a fase adulta, acerca de tratamentos e efeitos de medicalização. Estes grupos de discussões demonstram as tensões sobre as múltiplas opiniões que pais, educadores (as) , médicos (as), psicólogos (as) e os próprios indivíduos

possuem sobre esta temática, o que nos leva a concordar com Filipe (2018) que o considera como um processo clínico, histórico e social em validação, cuja definição varia entre contextos e, muitas vezes, é mais inconsistente do que se poderia prever.

Este estudo aspira uma releitura do diagnóstico de PHDA, assumindo-o como uma bússola que norteia os objetivos específicos desta investigação, propondo um olhar baseado numa perspectiva holística, que não se restrinja unicamente à esfera biomédica, mas que privilegie os fenômenos e dimensões sociais, numa visão mais aprofundada sobre o processo individual de promoção da saúde. O traçar desta linha condutora partirá da conjuntura histórica do seu diagnóstico, seu desdobramento em Portugal, com o intuito de revelar os reflexos sociais identificados através das manifestações recolhidas por meio das narrativas de mulheres portuguesas adultas.

Neste sentido, este estudo pretende levantar discussões sobre as representações dos atores sociais envolvidos neste processo como a escola, a família e o próprio sujeito, para além de refletir sobre os fenômenos sociais que o circundam, assim como a busca por diagnósticos como validação ou justificação de comportamentos que se desviam das expectativas da sociedade moderna. A relevância da temática ganha ainda mais força quando se constata a escassez da literatura no que tange ao diagnóstico de PHDA na mulher adulta.

Capítulo I – Enquadramento teórico e conceitual - “Nós não somos vistos como deviaser”

Neste primeiro capítulo, pretende-se enquadrar teórica e conceitualmente esta investigação, tecendo um discurso pautado sobre e em torno das problemáticas anunciadas anteriormente na Introdução, partindo do posicionamento epistemológico do estudo, justificando suas motivações e pertinência. A partir disso, procura-se refletir sobre o panorama atual do PHDA, seu contexto histórico em Portugal e os fenómenos que circundam os atores sociais nele envolvidos.

Ao iniciar o curso de mestrado, deparamo-nos com um oceano epistemológico acadêmico. E navegando nestes mares que, nem sempre foram calmos, procuramos situar este estudo nas Ciências de Educação, porém sem grandes pretensões de o fazê-lo fielmente.

É notável a afinidade que nossa escola tem com os ideais positivistas, o que, para Bourdieu (1999), nasce como um sonho de:

(..) uma perfeita inocência epistemológica oculta na verdade e que a diferença não é entre a ciência que realiza uma construção e aquele que não o faz, sem o saber. E aquilo, que sabendo se esforça para conhecer e dominar o mais completamente possível seus atos inevitáveis, de construção e os efeitos que ele produza também inevitavelmente. (p. 694-695)

Ao encarar o desafio de definir epistemologicamente este estudo recorreremos ao discurso de Santos (1989), quando diz que “a ciência é um produto social, logo mutável e com uma pluralidade de significados” (p.59) e, assim sendo, colocamo-nos em uma posição arbitrária de não ter necessariamente de fazê-lo. Para o autor, todos os caminhos, de uma forma ou outra, levam-nos a refletir sobre o social. Estas reflexões fincam-se em contextos e realidades nas quais estamos inseridos, independente do lugar que ocupamos, seja no lugar de sujeitos ou investigadores (as). Entretanto, o conhecimento constitui-se ao redor de projetos de vida, pertencentes a grupos locais concretos.

Por outro lado, Foucault (1963) diz-nos que se faz imprescindível que a concatenação “destes significados” seja organizada, articulada, acumulada e sobreposta. O conhecimento produzido por meio desta “pluralidade” é a “chave de fenda” de Foucault, que pode ser utilizada para “desenroscar” uma questão, “escavar” e encontrar respostas

para outras, e até mesmo “desacreditar” em verdades até então impostas como absolutas ou delas “emergir” novos saberes.

Outro aspeto a ter em linha de conta é a aproximação que nossa escola possui às teorias comportamentalistas e experimentais. E o que seria este estudo senão um experimento? Assim sendo, invocamos Hadji et al. (2001), ao afirmar que experimentar significa ver o que se passa quando se impõe um “tratamento” específico a uma realidade, a preocupação dominante permanecerá a da observação e a da análise do real, tal como é o caso da investigação em Educação, não podendo provar nem mais nem menos que qualquer outra investigação.

Entretanto, se revistarmos as palavras de Charlot (2006) sentimo-nos confortáveis em situar este estudo no campo de saber das Ciências da Educação, isso porque o autor afirma que nas Ciências da Educação, na verdade, há um campo mestiço e que a sua especificidade é que circulem por ela, ao mesmo tempo, conhecimentos, práticas e políticas embora seja essencialmente um estudo do campo de saber da saúde.

No entanto, o nosso interesse enquanto cientistas parte da curiosidade humana, da tentativa de sistematização do conhecimento, independente do nosso campo de saber.

Ao pôr-nos no lugar da “inocência epistemológica” de Bourdieu (1999), sendo sensível a questão que nos disponhamos a tratar, encontramos nas vozes destas mulheres um discurso que poderia também ser o nosso. Contudo, consideramos que o processo de investigação nos coloca genuinamente no lugar do outro de forma empática, ao passo que nos exige o comprometimento com imparcialidade, ao delimitar as fronteiras entre o “eu” indivíduo e o “eu” investigador (a).

1.1 A globalização do PHDA

Neste trabalho salientamos a necessidade de uma discussão que contemple o PHDA como uma problemática emergente no que tange à saúde mental, a qual muito tem-se discutido, particularmente devido ao panorama social atual em que vivemos.

Pesquisas recentes apontam para o crescimento do diagnóstico e tratamento do défice de atenção e hiperatividade em diversos países (Polanczyk et al., 2014; Thomas et al., 2015). Ao passo que estudos revelam dados alarmantes em que o PHDA, considerado um diagnóstico psiquiátrico, estaria entre os diagnósticos mais comuns entre crianças e adolescentes em idade escolar, com estimativas de prevalência mundial entre 5% e 7,2% (Conrad, 2018), ainda pouco se conhece em detalhe sobre estudos situados na fase adulta, possibilitando maior visibilidade no que tange a construção do diagnóstico.

Após o reconhecimento das categorias do PHDA pela APA (American Psychiatric Association) em 1980, ocorreu um crescimento global no consumo de medicamentos psicoestimulantes, cuja prescrição era direcionada para o tratamento desde diagnóstico. Estas evidências marcam um aumento, no que podemos considerar, da globalização do diagnóstico. Importante ressaltar que foi na década de 1990 que tratamentos e pesquisas desta natureza iniciaram nos Estados Unidos e durante este período sua indicação foi originalmente concebida e institucionalizada (Conrad, 2018).

A institucionalização do PHDA ocorreu logo após a revisão de 1987 do manual de Diagnóstico e Estatístico de Desordens (DSM-III)¹, que renomeou a condição “Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade”, sendo que, em Portugal, substituiu-se a expressão “transtorno” por “perturbação”. Esse termo foi usado em revisões subsequentes e como designação popular descreveu um distúrbio caracterizado por hiperatividade, impulsividade e desatenção.

Consequentemente, e embora não seja surpreendente, o facto de a prevalência do diagnóstico de PHDA ser ainda mais expressiva nos Estados Unidos, onde 11% das crianças em idade escolar (Visser et al., 2014) e 4% dos adultos (Kessler et al., 2006) foram diagnosticados e que para o tratamento recorram ao consumo de medicamentos com os componentes como Metilfenidato e a Ritalina, faz com que este país seja o maior consumidor destes psicoestimulantes no mundo.

Até o início dos anos 90, havia poucos estudos sobre o diagnóstico e tratamento de portadores de PHDA, então admitiam que esta poderia ser uma “síndrome ligada à cultura” (Canino & Alegria, 2008). Frente à atual conjuntura pandêmica e as recentes mudanças socioeconômicas e suas complexidades em escalas globais, não nos parece coerente manter este posicionamento como o único fator que justificaria este comportamento e há de se considerar novas lógicas e padrões sociais que definem as relações com o corpo e desempenho, bem como na gestão de imperativos quotidianos (William & Boden, 2004).

Um crescente conjunto de evidências aponta para um interesse estabelecido e muito mais internacional em portadores de PHDA do que se costumava considerar nos últimos vinte anos. Relatórios de alguns países, além dos Estados Unidos, apresentam relatos históricos de problemas, inquietação e desatenção que foram considerados não apenas como problemas da infância, mas também como objetos de atenção e intervenção médica, inclusive adultos (Conrad, 2018).

¹ DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado pela American Psychiatric Association em 1980

Curiosamente, Kooij (2009) afirma que mulheres adultas procuram ajuda para sintomas de PHDA e que, tanto pelas histórias clínicas contadas, como pelas histórias contadas por terceiros ou por elas mesmas, existiam de longa data e este fenômeno está atrelado à subestimação do diagnóstico em meninas. Para a mesma autora, o PHDA em meninas parece ter efeitos contrários ao de meninos, cuja manifestação e associação a comportamentos hiperativos se faz mais presente. Embora nas populações infantis três a quatro vezes mais rapazes do que raparigas sejam diagnosticados com PHDA, em populações de portadores adultos as proporções de incidência da PHDA entre os sexos aproximam-se gradualmente (Kooij, 2009).

Para Fonseca (2015), o déficit de atenção no contexto escolar é mais comum em meninas que prestam pouca atenção aos pormenores ou cometem erros por descuido nas tarefas escolares. Por seu turno, Antunes (2012) reafirma que aqueles que sofrem com este déficit têm dificuldades em seguir instruções e em organizar tarefas e atividades, impactando diretamente no rendimento escolar e na continuidade dos estudos. Em contrapartida, Felipe (2020) admite no seu estudo considerar uma dupla face da atenção, quando uma teria um valor neurobiológico e moral, enquanto outra um conjunto de significados inter-relacionados. A primeira remeteu-lhe à ideia de que “prestar atenção” seria uma função ou capacidade cognitiva de base cerebral cujo déficit sustentaria o diagnóstico de PHDA e justificaria seu tratamento com psicoestimulantes. Enquanto a segunda assumiria a ideia de "valorização" da atenção onde valor refere-se, etimologicamente, à ideia de apreciar, privilegiar (Dewey, 1939), o que evocaria a noção de estar a atenção diretamente relacionada a interação com os outros e a qual consideramos em linha de máxima sobrestimada (Caliman, 2012)

Seja como for, o facto é que o PHDA engloba as ambiguidades das abordagens neuropsiquiátricas para problemas comportamentais e de aprendizagem, ao passo que atua como uma espécie de repositório para ansiedades culturais face às expectativas sociais enfrentadas por pais, professores (as) e jovens. E estas questões vão desde a capacidade neuro cognitiva e o desenvolvimento infantil até aquelas relacionadas à prática parental e desempenho escolar (Rapp 2011; Blum 2015)

De acordo com Conrad (2018), relatórios recentes sugerem que a adoção dos critérios de diagnóstico do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) em todo o mundo não tem sido claro, direto, sobretudo uniforme. Veja-se, a este respeito, as dimensões e implicações sociais da assumpção do diagnóstico, assim como suas experiências individuais e familiares, tendo em consideração algo que até então tem sido

pouco considerado na literatura - que é a questão de gênero e, portanto, de saber como meninas ou mulheres lidam com o diagnóstico.

Ao mesmo tempo que, de uma forma geral, a adoção dos critérios diagnósticos do PHDA tem sido pouco discutida entre profissionais de saúde e a sociedade, é oportuno que as atuais perspectivas globais sobre o PHDA sejam reunidas e consideradas em uma discussão aprofundada e multifacetada que explore fatores que incluam a epidemiologia, etiologia e o significado do PHDA em vários contextos, partindo de uma perspectiva mais ampla sobre as dimensões sociais do diagnóstico e do seu tratamento.

1.2 Compreensão histórica do diagnóstico em Portugal

Sobre o panorama do diagnóstico em Portugal, podemos considerar que seu início se deu na década de 50, especificamente em 1959, quando no auge do regime de Salazar a neuropsiquiatria infantil foi reconhecida no país, concomitantemente aos Estados Unidos (Filipe, 2018).

Durante a década 70, alguns médicos psiquiatras portugueses mostram-se resistentes a algumas categorizações de diagnósticos até a 9ª ICD (classificação internacional de doenças). No entanto, em 1980, surgiram as primeiras referências de critérios comportamentais semelhantes ao que se assumiu para o diagnóstico de PHDA na literatura clínica portuguesa.

Ainda nesta mesma década, o centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa e o Instituto Nacional de Assistência Psiquiátrica definiu-a como uma condição chamada Disfunção Cerebral Mínima, que subscreve sintomas como a impulsividade, dificuldade em manter a concentração, imaturidade comportamental, a tendência ao devaneio e baixa tolerância à frustração (Filipe, 2016).

Em 1990, ocorreu a publicação e revisão da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) com repercussão internacional, que especificou a tríade sintomática de desatenção, impulsividade e hiperatividade no PHDA. Conforme aponta a mesma autora, é ainda nesta década que esta temática ganha evidência na clínica portuguesa e na literatura psicológica, em que crianças hiperativas poderiam ser descritas como aquelas que têm, entre outras características: reações indiscriminadas e impulsivas a estímulos diferentes, inquietude e incapacidade de completar tarefas, e oscilação de comportamentos em mais de um contexto social, por exemplo, escola e casa, resultando em um impacto negativo no convívio social.

Posteriormente, precisamente no ano 2000, fundou-se a Associação Portuguesa da Criança Hiperativa (APdCH) com o suporte pediátrico local entre outros patrocinadores como, curiosamente, a companhia farmacêutica Novartis. Nesse período, as dimensões ética e social do PHDA e o uso dos psicoestimulantes, junto à falta de consciência pública e reconhecimento do diagnóstico, colocaram as famílias em uma posição ambígua e difícil, em que o diagnóstico passou a ser contestado por membros da comunidade médica e professores (as), enquanto o acesso ao tratamento e informações médicas ainda era limitado (Filipe, 2018).

Foi também durante esse período que o PHDA foi gradualmente estabelecido como uma condição tratável, perante esta condição emergiu a advocacia médica em apoio às famílias. Conforme aponta a mesma autora, o Metilfenidato passou a ser compartilhado em 2003 e a Atomoxetina em 2014. Estes medicamentos são sujeitos a receita médica especial por se enquadrarem na lista de medicamentos estupefacientes e psicotrópicos. A este respeito, e de acordo com o INFARMED, os portugueses gastam cerca de 20 mil euros ao dia na compra de medicamentos como “Ritalina” ou “Concerta”, o que representa a aquisição de aproximadamente 300 mil embalagens. Este número aponta um consumo de 805 embalagens por dia e para uma despesa anual de cerca de 8 milhões de Euros (INFARMED, 2016).

No mesmo relatório vemos o resultado sobre os locais de origem de indicação do tratamento farmacológico onde 39% são oriundas de instituições de cuidados privados (clínicas e hospitais privados), 37% de hospitais públicos, 22% Cuidados de Saúde Primários e 2% em outras instituições (INFARMED, 2016). Os dados denunciam um interesse implícito da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, num momento caracterizado pela coexistência de valores neoliberais e instabilidade econômica, deixando aparentemente visível a falta de políticas públicas de promoção de saúde pública que propicie a conscientização e sensibilização da temática.

Nos últimos anos, alguns/ algumas profissionais de saúde, políticos, cientistas sociais e educadores (as) têm manifestado preocupação acerca dos indicadores de medicalização do país, em base aos preceitos da Declaração dos Direitos Humanos e Direitos da Criança. Existem, aliás, algumas ações que tentam conscientizar a sociedade portuguesa a fim de uma discussão mais ampla sobre o tema, como um manifesto Por Uma Abordagem Não Medicalizante Nem Patologizante da Educação ² publicado em 2012 pela

² Manifesto: <https://almanaquefme.org/?p=2393>

Universidade do Porto, além do Projeto de Lei n.º 984/XIII/3 do deputado André Silva PAN³ (2018), que visa assegurar a não prescrição e administração de Metilfenidato e Atomoxetina a crianças com menos de 6 anos de idade.

Vale salientar que se estabeleceu em julho de 2019, pela Assembleia da República n.º 5 do artigo 166.º da Constituição a recomendação ao Governo, que: i. Em articulação com a comunidade médica e científica, analise a possibilidade de assegurar que o diagnóstico de perturbação de hiperatividade com défice de atenção e a primeira prescrição de metilfenidato e Atomoxetina a crianças são realizados por médico especialista com competência para o efeito, ii. Acione outros meios não farmacológicos de apoio a estas crianças, nomeadamente através de apoio psicológico e emocional. Como afirma Filipe (2018), o PHDA é um processo clínico, histórico e social em fase de definição e validação, o diagnóstico varia entre contextos socioculturais, e muitas vezes é mais inconsistente do que se poderia prever.

Sob este prisma abre-se a discussão sobre o que, então, seria o PHDA, sabendo-se que as fronteiras que o definem encontram-se entre o normal e patológico. Coloca-se, pois, a hipótese de ser considerado desvio, quando a função de desvio envolve três elementos uma norma, uma transgressão desta norma e uma reação social à transgressão desta norma (Mucchielli, 2014). O facto é que há um grande embate entre a fisiologia e a patologia sendo este o cenário em que diagnoses são definidas, classificadas e intituladas (Faizang, 2018). Embora Bégin (1821) considere que, apesar de se confrontarem, a fisiologia e a patologia explicam-se reciprocamente.

Para o teórico, a patologia é apenas como um ramo, uma consequência, um complemento da fisiologia que engloba o estudo das ações vitais dos seres vivos em todas as fases. Mais, o autor (1821) refere que passa, insensivelmente, de uma para outra ciência, examinando as funções a partir do funcionamento regular dos órgãos até quando são acometidos por lesões em que todas as funções são interrompidas. Com outra leitura, Comte (1828) defende que esta dicotomia se constitui de noções de excesso e falta, o que imputa implicitamente seu carácter qualitativo e normativo no tocante a uma medida que é considerada válida e desejável. Nesta lógica, esta discussão caracteriza-se por um conceito polémico que qualifica negativamente um em razão do outro, sem grande relevância de uma melhor compreensão. Entretanto, depreciando tudo aquilo que a orienta, a norma cria, por si mesma, a possibilidade de uma inversão dos termos quando uma norma se propõe

³ PAN- Partido das Pessoas, Animais e da Natureza.

como um modo possível de unificar um diverso ou de reabsorver uma diferença (Canguilhem, 2009).

1.3 Tenho PHDA e agora?

Para o indivíduo, diz Leriche, “a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer” (1931, p.73). As palavras do autor denotam, por um lado, a inconsciência que o indivíduo possui sobre si mesmo e sobre a natureza de seu próprio corpo. Por outro lado, é através do corpo que são expressas as sensações limitantes, de ameaças e obstáculos à saúde.

Nesse ínterim, o estado de saúde se resumiria a uma dualidade entre o resultado positivo versus negativo, cujo positivo seria o que chamaríamos de “estado normal de saúde”, em contrapartida ao resultado negativo onde configura-se uma perturbação ou anomalia designada como “anormal”, normativamente pré-estabelecida como inadmissível (Leriche, 1931).

Desta forma, Leriche (1931) considera a saúde a vida em silêncio dos órgãos, assumindo que a doença, então, seria responsável por gerar uma perturbação na vida dos homens e mulheres no exercício normal de suas ocupações. Contudo, assinala que “se quisermos definir a doença será preciso desumanizá-la” e, ainda, que, “na doença, o que há de menos importante, no fundo, é o homem” (p. 73). No entanto, na dicotomia entre normal e anormal, saúde e doença, devemos considerar que não se trata de uma relação de contradição e de exterioridade, mas de uma relação de inversão e de polaridade, dado que “normar” é impor uma exigência a uma existência.

Ao distinguirmos anomalia e estado patológico, reafirmamos a variedade biológica de valor vital restrita entre o negativo e o positivo. Ao mesmo tempo, podemos afirmar ser o próprio ser vivo corresponsável pelas fronteiras no reconhecimento da doença (Canguilhem, 2009). Pois que no tocante às normas biologicamente estabelecidas, é sempre o indivíduo a que devemos tomar como ponto de referência, por causa de determinado indivíduo pode encontrar-se “à altura dos deveres resultantes do meio que lhe é próprio” (Goldstein, 1933, p.46). Isto é, em condições orgânicas, ao passo que para outro indivíduo estas atribuições poderiam ser inadequadas, até mesmo inalcançáveis.

Este estudo considera que a responsabilidade sobre a consciência da doença—e, porque não, do próprio conceito de diagnóstico? —está individualizada sob o pretexto de empoderamento. Este empoderamento ocorre em detrimento do conhecimento médico considerado disperso, em virtude da modernidade. Isto é, com o advento de novos recursos

de informação, este conhecimento perpassa aos domínios tradicionais da medicina institucionalizada (Nettleton, 2004). A utilização das tecnologias genómicas, por exemplo, podem obscurecer a diferença entre o que é risco e doença. Sabe-se que a partir do século XX, o processo de classificações das doenças tornou-se mais complexo, dado que passou do reconhecimento exclusivo de sintomas patológicos para um conceito mais liberal sobre o que é doença (Jutel, 2011). Como nos aponta Blaxter (1978) a “liberalização do conceito de doença”, representa um reconhecimento mais amplo de que a doença está relacionada também a fatores ambientais, constitucionais, ocupacionais, comportamentais e psicológicos (p.10).

Evocamos Menezes (2010) para destrinçar o conceito de empoderamento. A autora propõe-nos um olhar psicossocial quando discorre sobre o sentimento de pertença, em que o indivíduo enquanto parte de uma comunidade busca conhecer de si mesmo através da partilha e do conhecimento sobre o outro. Mais, sugere que estas trocas ocorrem por intermédio de redes sociais de apoio, sejam elas físicas ou virtuais.

No entanto, esta compreensão de empoderamento ultrapassa o conceito individualista, visto que se observa que a criação de grupos provoca no indivíduo um “sentido de comunidade”, que nada mais é do que “o sentimento de que a pessoa pertence e é significativamente parte de uma coletividade mais alargada” (Saranson, 1974, p.1).

De acordo com MacMillan e Chavis (1986), este sentimento é composto por quatro elementos: i. Pertença, que está diretamente ligado aos direitos e responsabilidades e ainda aqui encontra-se a noção de fronteira, exemplificando seria “ter ou não ter PHDA”, ii. Influência, neste elemento concentram-se a influência sobre decisões, por exemplo “tomar ou não a medicação”. E esta componente poderá contribuir para o conformismo, inércia ou o domínio sobre si mesmo, iii. Integração e satisfação de necessidades, que nos remete às redes de apoio e as partilhas das experiências sejam elas de qualquer natureza, iv. Conexão emocional partilhada, que são as interações emocionais que resultaram dos momentos de partilha de depoimentos e experiências.

Entre as noções coletivas ou individuais que o diagnóstico pode trazer, o conceito de empoderamento de Zimmerman (1995) parece-nos enquadrar adequadamente ao nosso estudo. O autor nos traz dimensões que expõem as relações entre o sentido de comunidade e o conceito de empoderamento sob a ótica de sua amplitude que pode ser em: i. Nível individual, em que o indivíduo apresenta consciência crítica sobre os seus direitos e participação política, por exemplo, ii. Nível Organizacional que remete aos processos que o podem capacitar para ser agente de mudança em sua comunidade, iii.

Nível comunitário, refere-se à ação coletiva, redes e organizações interessadas na promoção da saúde e na qualidade de vida.

Do mesmo modo, Montero (2004) define, sucintamente, o mesmo conceito a partir de componentes representativos como o poder e controlo, a cidadania, a autonomia, a participação e a consciência crítica que o indivíduo exerce sobre uma comunidade, cuja o autor define como “um grupo em constante transformação e evolução”. Por conseguinte, é a partir deste grupo que se origina um “sentido de pertença e identidade social (...) em que existe consciência de si como grupo” (p.207)

Não podemos deixar de mencionar que as configurações de normalização da vida no âmbito médico, principalmente no que tange à classificação do indivíduo face ao seu diagnóstico está intrinsecamente relacionada ao empoderamento do indivíduo, à sua autonomia e à forma pela qual confronta as regulações da vida propostas pela conjuntura social em que se encontra, sobretudo sobre aquilo que Foucault (1984) denominou como biopoder.

Foucault (1963), na história da clínica, descreveu que o médico leva ao paciente uma barreira à verdade. No entanto, ao desvendar o facto patológico, o médico acaba por abstrair o paciente. Ou seja, se tudo o que é visível na doença parte do paciente, se não houvesse dores, angústias, sintomas, não existiria o (a) médico (a). Isto implica pensarmos que no momento em que a avaliação clínica e histórica do (a) paciente passa a ser relevante há, embora despretensiosamente, uma negligência pela busca clínica de funções e características da doença que a defina para o coletivo (Jutel, 2011).

Este processo de individualização da doença ou desclassificação referenciado por Jutel (2011) pontua conjuntos e limites que circunscrevem a doença e o poder de rotulá-la. E isto, de certa forma, demonstra a natureza social dinâmica do diagnóstico e do processo de diagnóstico. Sendo assim, ainda sobre uma perspectiva subjetiva, os diagnósticos seriam considerados categorias sociais que organizam, direccionam, explicam e às vezes controlam nossa experiência de saúde e doença.

Outro aspeto é o facto de ser a medicina institucionalizada suportada por aqueles que não encaram a doença tanto como construção social, ao contrário, encaram-na quase exclusivamente como a representação de diversas práticas clínicas e diagnósticas (Nettleton & Jutel, 2011). Não obstante, há aqui a necessidade de uma interpelação no processo de diagnóstico por parte da sociologia, posto que a medicina assume responsabilidade pela criação de categorias classificatórias e estáveis, tratando o diagnóstico como uma simples “realização prática” (Schubert, 2011), enquanto a sociologia

põe à prova a fragilidade destes agenciamentos em relação ao contexto, seja ele clínico, familiar, laboratorial e assim por diante.

O diagnóstico, portanto, serve-nos também como um dispositivo analítico que além de explorar a forma como as classificações e rótulos são construídos, enquadrados e executados, podem revelar um conteúdo social e, sendo assim, podemos considerá-lo sempre como uma construção social, conforme nos aponta Jutel (2011). E chegamos a esta afirmação quando nos questionamos: Afinal, quem é o dono do cérebro? O psiquiatra, o neurologista ou o próprio indivíduo? Para a autora, a sociologia do diagnóstico dispõe-se a confrontar a ordem em que as fronteiras profissionais são negociadas e quais seriam as respostas na prestação dos seus cuidados e como estão organizadas e de que forma as responsabilidades no seu entorno estão distribuídas. Há, então, a necessidade de enquadrar socialmente as categorias diagnósticas, o processo de diagnóstico e suas consequências (Jutel, 2011) e como estes tópicos estão relacionados.

O diagnóstico, enquanto processo, contribui para a constituição do objeto de escrutínio sociológico. E desta forma, é possível avaliar seu impacto e as consequências para pacientes, médicos e sociedades, como ao exemplo do PHDA como é comunicado na clínica, como é categorizado e como pode assumir um significado simbólico. O diagnóstico, portanto, serve-nos também como um dispositivo analítico que além de explorar a forma como as classificações e rótulos são construídos, enquadrados e executados, podem revelar um conteúdo social, conforme nos aponta Jutel (2011).

Brown (1995) considera que a sociologia do diagnóstico implica assumir uma perspectiva integrada e conectada à doença, dividindo-a em duas dimensões: diagnóstico-categoria e diagnóstico-processo. Nota-se que se enumeram fatores sociais, econômicos e políticos, considerando uma variedade de aspetos que perpassam a lógica excepcionalmente médica, de modo a influenciar as fronteiras entre saúde e doença. Sob esta perspectiva, acredita-se que o diagnóstico deve ser encarado como uma espécie de marco em que emergem interesses, ansiedades, valores, conhecimentos, práticas e onde tantas outras noções e conceitos se fundem e convergem (Jutel & Dew, 2014). Mais, também neste sentido, o diagnóstico contribui para influenciar as fronteiras territoriais: entre as profissões, na medicina, entre o leigo (e há aqui a necessidade de pontuar o investimento na literacia em saúde) e o profissional.

Portanto, o que é o diagnóstico e o que faz o indivíduo integrá-lo à sua realidade?

No caso do PHDA, sabendo-se tratar de um diagnóstico ainda em validação (Felipe, 2018) e considerando sua pluralidade e contemplando-o na agenda da sociologia, é

possível identificar, por um lado, quais interesses são atendidos e, por outro lado, a quem decepciona, quando se chega a uma determinada conclusão.

De uma forma ou de outra, neste, como tantos outros diagnósticos, estão implícitas as dinâmicas da política global, as agendas econômicas e comerciais, em que recursos, corporações e indústrias multinacionais estão focadas na assistência à saúde, o que corrobora a concretização e o processo de nomeação de doenças e condições (Jutel, 2011). E no que tange à classificação de doenças, podemos considerar que o mais alto nível é o da categoria. Isto é, Jutel (2011) ressalta a existência de dez categorias de doenças que incluem em sua definição substância, quantidade, qualidade, estando a categoria na posição de agir, influenciar e ser influenciada. A categoria começa no mais geral, ramificando-se progressivamente até o nível mais baixo, onde as substâncias individuais, como “este homem” ou “aquele cavalo”, são encontradas (Cohen, 2008), sendo o ato de categorizar limitador por essência.

Ao analisarmos o PHDA como uma doença na categoria DSM, observamos que há recomendações para que seus sintomas não sejam confundidos com os sintomas de outras perturbações, o que revela a inconsistência de seu diagnóstico (Singh, 2009). Conforme recomendado por Bierdman et al. (2002), deve-se investigar pessoas com PHDA a presença de Perturbações da Ansiedade, Perturbações de Humor, Abuso ou Dependência de Substâncias e Perturbações da Personalidade, isto porque essas perturbações são as que mais frequentemente aparecem nos portadores de PHDA.

Para Kooji et al. (1999) “a perturbação da atenção na PHDA tem de ser distinguida dos problemas de concentração presentes nos casos de depressão, ansiedade, psicose ou uso de substâncias”. Para além disso, a autora afirma que a impulsividade não poderá ser considerada uma característica típica deste diagnóstico, devido a também poder ser encontrada em outros diagnósticos como Mania e da Perturbação Estado-limite da Personalidade e Depressão que também apresentam o mesmo comportamento agitado. Ao apoiar-se nesta teoria afirma que todas essas perturbações psiquiátricas surgem, em geral, mais tarde do que o PHDA. O PHDA, por sua vez, predomina no período da escola primária, e tem uma evolução crônica e persistente ao passar dos anos diferentemente das outras diagnoses supracitadas (Kooji et al., 1999). Estas definições não nos parecem dar conta das dimensões sociais de seus diagnósticos, ressalta a autora.

Entretanto, ao admitirmos uma epistemologia crítica do fazer científico, situada na perspectiva de uma abordagem médica que reconheça o diagnóstico como parte de uma construção social, debruçamos sobre a crítica que considera o PHDA um diagnóstico

nebuloso, pois que “apresenta desinformação, para além de fragilidades nos discursos e nas práticas a ele associada. A associação a processos de diagnóstico “nebulosos” e com e a medicação permitem preconceitos, estereótipos e estigma de grupos de maior vulnerabilidade e sem voz” (Pais, Menezes & Nunes, 2016, p.2).

Com Alves entende-se que a configuração de uma doença ou distúrbio traduz como um desvio à norma que a sociedade, manifestando incapacidade em integrar os indivíduos e assim sendo “a limitação forçada de um ser humano a uma condição única e invariável é considerada pejorativamente, em referência ao ideal de humano normal que é a adaptação possível e voluntária a todas as condições imagináveis” (2011, p.54). Posto isto, acreditamos ser essencial o conhecimento médico e de saúde não apenas como uma categoria, mas como uma ferramenta analítica que tenha como um prisma refletir sobre a multiplicidade de questões que abarcam a saúde, doença e a medicina em geral (Jutel, 2011). Consequentemente, não podemos deixar de admitir que a doença seja tudo aquilo ao qual devemos passar toda a vida a combater (Canguilhem, 2019). Ao considerarmos a doença um “estado de ser”, e sendo “doente”, colocamo-nos no lugar de imperfeição e anormalidade, em comparação à própria vida que desempenha aqui o papel de norma e que nos é a referência de perfeição.

Sontag (1984) ao analisar a doença como metáfora afirma que esta pode ser compreendida como um episódio de natureza psicológica que faz com que os indivíduos acreditem que adoecem porque inconscientemente o desejam. E, assim sendo, a cura passa a ser uma questão de escolha em que duas hipóteses são impostas “morrer ou não morrer da doença”. Segunda a autora (1984) estas escolhas complementam-se, posto que a primeira o afasta da culpa, a segunda confirma ser o indivíduo o culpado por sua doença. Neste ínterim, parece que as “teorias psicológicas” alimentam o sentimento de “culpa no doente”. Em resumo, “pacientes estão sendo instruídos a acreditar que causaram, involuntariamente, sua própria doença, também estão sendo levados a sentir que eles a mereceram” (p. 37)

Entretanto, ao apoderar-se da palavra normal em seu sentido autêntico, temos de discutir de forma mais aprofundada a equação dos conceitos de doença, de patológico e de anormal, assim como as dicotomias que por esta equação circundam, como doença e saúde, por sua vez saúde e vida.

1.4 A escola do Cérebro

1.4.1 O discurso médico pedagógico da Educação

Ao debruçarmo-nos sobre as problemáticas do PHDA, assim como outros diagnósticos psíquicos relacionados à criança em idade escolar, percebemos uma lógica reducionista que parece contribuir para a automatização do processo de identificação de fatores patológicos (Nacinovic & Rodrigues, 2020)

Observa-se que, no contexto contemporâneo, a escola legitima um discurso mediático leigo e superficial, o que acaba por naturalizar os problemas relacionados a aprendizagem. Sendo assim, é comum que professores (as) e profissionais de Educação, em geral, contribuam para identificação de sintomas mediante aos comportamentos de crianças, encaminhando-as para avaliações psiquiátricas ou neurológicas (Zorzaneli, 2020; Cruz, 1999). A este respeito, o processo de avaliação se dá sem a participação do indivíduo, que ainda criança é esquecido como ator social, ao mesmo tempo que é banido do processo de construção social que lhe diz respeito. Em geral, não respeitamos o “estado de ser” criança, sua descoberta, sua subjetividade, nomeadamente no que diz respeito ao seu desenvolvimento. Para L’Ecuyer (2012), ao desrespeitá-la transgressivamente, colocamos sobre si arbitrariamente as demandas impostas pela sociedade.

Para Singh (2009), a infância é frequentemente retratada como um estado ideal de inocência e liberdade em que as crianças são consideradas sujeitos passivos que precisam de proteção. Nesta linha, Conrad (2018) acredita ser a infância uma construção social, uma invenção do período pós-medieval, cujo reconhecimento de direitos é recente. Para o autor (2018), as crianças foram, de facto, amplamente ignoradas séculos após a Idade Média e essa indiferença deve-se às altas taxas de mortalidade infantil.

De acordo com Empey (1978, p.32), ainda no século XVII dois terços de todas as crianças morriam antes dos vinte anos. Nessas circunstâncias, as pessoas evitavam investir uma quantidade substancial de tempo e energia ou criarem laços sentimentais com as crianças. Para Empey (1978), existe a crença que, para um bom desenvolvimento, a criança deve ser rigorosamente protegida, tanto física quanto moralmente. Sendo assim, a educação passa a ser de suma importância, pois somente após ser educada dentro dos modelos expectáveis é que a criança pode ser considerada efetivamente educada, em todos os sentidos.

James (2007) & Prout (2002) afirmam que há um desinteresse pelos estudos sociais sobre a infância. Entretanto, há um desafio para a sociologia da infância que tenciona desmitificar e romper epistemologicamente a interdependência conceitual e prática entre

crianças e a infância, sob a ótica de uma análise social que privilegie “o conhecimento da realidade contemporânea a partir da infância”. Ou seja, compreender a infância como uma “categoria socio-histórica geracional”, considerando como uma “estrutura geracional e como espaço social” que as crianças são encaradas como atores sociais, que agem em seus “mundos de vida” e que nestes são constituídas como crianças (Ferreira, 2010, p.155).

O não reconhecimento da criança, como ser de plenos direitos, acontece, não raras vezes, por parte da escola, no entanto, também a família parece, por vezes, contribuir para a sua invisibilidade (Nunes, 20154). Como afirma Qvortrup (1995), “a maior parte dos adultos acredita que é melhor para as crianças que os pais assumam sobre elas maior responsabilidade, mas do ponto de vista estrutural, as condições que estes têm para assumir este papel deterioraram-se sistematicamente” (p.3).

Quando se trata de enfrentar situações adversas ou disruptivas, ao encontrar uma patologia, pais e agentes educativos optam por seguir caminhos reducionistas (Conrad, 2018, Nunes, 20155). A criança, então, é impedida de interferir no seu diagnóstico, visto que relatórios escolares, testes de inteligência funcionam como mecanismos que imputam normas e poderes exercidos sobre os seus diagnósticos (Garrido, 2006; Nunes, 20156). E assim sendo, a partir destes diagnósticos percebe-se a submissão que estas crianças apresentam perante a constituição do saber que domina sobre elas, como ratifica Foucault (1987) em “Vigiar e Punir”.

Diante disso, constata-se perspectivas, por muitas vezes, imponderáveis, irredutíveis e até mesmo incompreensíveis, que negam sua singularidade e subjetividade, colocando a criança à margem de um manancial de suposições e abstrações psíquicas que contribuem para a escassez de um discurso que abranja as dimensões sociais inerentes às condições em fase de diagnóstico e, essencialmente, que reflitam sobre o real papel da educação (Lopes, 2001). Assim sendo, a educação pode transgredir o seu papel de formadora, tornando-se opressora ao confrontar com alunos (as) que não correspondem ao desempenho ou comportamento esperado. Torna-se, no entanto, parte crucial de um processo que tende a identificar e rotular o indivíduo em busca de uma normatividade social (Garrido, 2006).

⁴ Seminário Internacional “O Burnout na saúde e na educação, comunicação com o título “**Da patologização da educação: desver o mundo; escutar o grande silêncio que vai no barulho do mar**”, Prof. Doutora Rosa Nunes, em novembro de 2015.

⁵ Idem

⁶ Idem

Observa-se uma forte influência sobre a Educação dos discursos psicológicos e médicos, nomeadamente da psiquiatria infantil, especialmente sobre o tratamento do comportamento infantil na escola (Bercherie, 2001). Esta influência se dá entre as interações destes discursos que buscam revelar os resultados que exercem sobre os sujeitos. Contudo, nota-se uma transição do discurso escolar que antes privilegiava o discurso psicológico e que agora passa a priorizar o discurso médico psiquiátrico, suportado pela lógica reducionista de biologização da vida outorgada pelo contexto contemporâneo (Carvalho, 2016).

Ao passar o bastão de uma à outra, o discurso pedagógico legitima a ciência médica na concessão de uma metodologia direcionada a crianças cujo desenvolvimento cognitivo compromete suas competências, encontrando como justificativa a origem de conceitos deficitário e de insuficiência do organismo, expondo a capacidade de aprendizagem do sujeito (Garrido, 2006; Pais, Menezes & Nunes, 2016) . Na busca da validação desta “deficiência”, supõe-se, por um lado, que seja esta a razão pela qual o indivíduo apresenta baixo rendimento escolar e comportamentos “desviantes” e, por outro lado, que agentes educativos recorram às recomendações adotadas pelos (as) profissionais de saúde. Diante disto, em efeito cíclico, professores (as) recorrem a serviços pedagógicos quando não encontram homogeneidade no comportamento de seus alunos (as) que, por sua vez, sensibilizam famílias a se responsabilizarem por seus alunos (as), cabendo aos familiares a busca por diagnósticos que fundamentem o comportamento de seus filhos (as). A este respeito, Lopes (1998) afirma que:

(...) esta variedade de problemas comportamentais na sala de aula tais como dificuldade em permanecer sentado, prestar atenção, trabalhar individualmente e cumprir ordens. (...) As crianças (...) são por vezes disruptivas e interrompem as aulas, tendem a ser desorganizadas e dificilmente tomam conta do seu material escolar. (p.27)

As famílias, acometidas por esta responsabilidade que lhes é compartilhada, iniciam a busca por referenciais médicos e psicológicos que as orientem para diagnósticos. Influenciadas pelo argumento de se tratar de uma problemática oriunda do próprio (a) aluno (a), se procura justificativas de natureza biológica que, conseqüentemente acarretarão no fenómeno da patologização (Carvalho, 2016).

Diante disto, acabam por se deparar com uma grande variedade de profissionais de saúde “habilitados” para avaliação e diagnóstico. Estes profissionais, por sua vez, consideram o diagnóstico de déficit de atenção e da hiperatividade, baseando-se em avaliações subjetivas que pais e professores (as), que desejam apenas que seus filhos (as), alunos (as) sejam mais obedientes de forma a atender às demandas escolares (Carvalho, 2016). Na busca de um efeito quase que instantâneo, recorrem ao recurso medicamentoso. Ao analisar a temática sob este prisma, assumimos a complexidade de seu diagnóstico, cuja origem prioriza aspectos educativos e ocasionais (Lopes, 2004; Nunes, 2015⁷; Conrad, 2018).

Machado (2004, p. 3) diz nos que “a realidade produzida por esse tipo de relatório não é apenas ‘uma opinião técnica’”. Ao que parece a epistemologia pedagógica secular e todas as ferramentas e mecanismos não são suficientes para interpelar a lógica do ensino contemporâneo, o bem e o mal-estar vivenciados no âmbito escolar. Conclui-se, conseqüentemente, que ao encarregar a medicina de o fazer, a educação escolar assume seu fracasso (Mannoni, 1988, p. 62).

1.4.2 O diagnóstico como passaporte para a educação

No que concerne ao PHDA, observa-se que seu diagnóstico tende a funcionar como um passaporte para a educação especial, como objetivo de conceder o direito ao (a) aluno (a) diagnosticado (a) de ter apoios pedagógicos para que possa ser suportado (a) face às dificuldades apresentadas durante o processo de aprendizagem, em razão de não conseguir acompanhar o ritmo dos (as) outros (as) alunos (as) conforme apontado por Souza (2007).

Retomamos a ideia de Carvalho (2016) quando refere que é essencial refletirmos sobre as diferenças entre a educação especial e a educação inclusiva. O termo educação especial está diretamente relacionado a um modelo de educação que separa os (as) alunos (as) com deficiências dos demais, o que impede a participação destes alunos (as) em turmas regulares. Neste sentido, este modelo propõe a abordagem em que todos (as) os (as) alunos (as) podem aprender juntos (as), garantindo o respeito diante de suas diferenças. Por outro lado, a educação inclusiva privilegia a educação como um projeto inclusivo por natureza, que reconhece o direito de aprender de forma amplificada, que capacita o indivíduo para construir e transformar o meio em que vive (Rodrigues, 2000).

⁷ Seminário Internacional “O Burnout na saúde e na educação, comunicação com o título “**Da patologização da educação: desver o mundo; escutar o grande silêncio que vai no barulho do mar**”, Prof. Doutora Rosa Nunes, em novembro de 2015.

Para Florian (1998, apud Hegarty 2001), “a inclusão refere-se à oportunidade que pessoas com deficiências têm de participar plenamente nas atividades educacionais, de emprego, de consumo, de recreação, comunitárias e domésticas que são específicas do cotidiano social” (p.81). O que parece ser quase impossível, Rodrigues (2000, p.13) afirma que a “Educação Inclusiva é uma utopia, um não-lugar”, diante da complexidade da manutenção da equidade em meio a diversidade.

Este estudo, embora não pretenda levantar uma discussão aprofundada sobre os modelos de educação propostos e discutidos anteriormente, considera que o PHDA está situado no âmbito de uma educação exclusiva e estigmatizante, visto que garante “o acesso de todos, incluindo os ditos ‘anormais’, mas os exclui durante o processo educacional” conforme ressaltam Vargas e Rodrigues (2018). E assim sendo, admite uma postura de desrespeito a subjetividade ao tentar combater a pluralidade humana e perpetuar condutas medicalizantes.

1.4 A medicalização como alívio do sofrimento

Em geral, os padrões típicos para definição do diagnóstico são reconhecidos pelo excesso de atividade motora (mais conhecido como hiperatividade), atenção curta em que a criança apresenta pouco interesse em permanecer em uma tarefa (o que também está relacionado à inquietação), para além de oscilações no comportamento que pode ser impulsivo, irrequieto e até agressivo (Lopes, 1998). Entre os padrões mais comuns em sala de aula destacam-se: a dificuldade de permanecer quieto, cumprir regras, sonolência e desenvolvimento tardio da fala (Stewart et al, 1966; Stewart, 1970 & Wender, 1971).

Conrad (2018), entretanto, propõe diferenciarmos “hiperatividade” e “hipercinesia”. Isto porque para o autor o termo “hiperatividade” alude aos critérios diagnósticos popularmente conhecidos, em que sua descrição presume sua origem constantemente relatada pelos referenciais médicos como “disfunção cerebral mínima”. Ao mencionarmos este termo reduzimos a dimensão sociológica que também faz parte do processo de diagnóstico.

Diante disto, o autor (2018) sugere utilizarmos o termo “hipercinesia”, que a seu ver representa fielmente todas as categorias envolvidas neste processo. E estas oposições não se encerram nestes termos, ou seja, para Conrad (2018) é importante distinguirmos os chamados fatores clínicos dos fatores sociais. Os fatores clínicos são eventos associados ao diagnóstico e tratamento da “hipercinesia”, enquanto os fatores sociais são eventos que não estão diretamente relacionados com a “hipercinesia”, mas são relevantes.

Assumindo que os fatores clínicos e sociais se sobrepõem, referenciamos Charles Bradley (1937), ao exemplificar as influências que os fatores clínicos tiveram no tratamento de crianças em idade escolar que apresentavam distúrbios de comportamento e problemas de aprendizagem. O cientista observou, em 1937, que drogas estimulantes apresentavam efeitos satisfatórios na alteração de comportamento destas crianças. E este efeito foi denominado como “paradoxal”, pois suas expectativas apontavam para que os estímulos em crianças fossem iguais ao de adultos. Embora os resultados fossem positivos, a medicação foi suspensa e o comportamento das crianças do experimento voltou ao estado inicial. Assim, é provável que tenha ocorrido a dispersão dos relatórios apontados pela literatura médica nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito à ministração de estimulantes direcionados para o tratamento de “distúrbios do comportamento infantil”. Esta dispersão, conseqüentemente, declara que estamos a tratar de um transtorno sem um histórico clínico claro, organizado e devidamente fundamentado (Conrad, 2018).

Clements (1966) relata que grande parte dos diagnósticos inclui o termo “disfunção cerebral mínima”, ao mesmo tempo que privilegia a “hipercinesia” e outros transtornos de ordem mental. Deste modo, a “disfunção cerebral mínima” tem se apresentado como um diagnóstico formal recorrente e que concorre com muitos outros.

Conrad (2018) afirma que em meados de 1950 surge o metilfenidato mais conhecido como Ritalina. Tratava-se de uma droga estimulante de tão boa qualidade como as anfetaminas e que, aparentemente, não apresentavam “os mais indesejáveis efeitos colaterais”. Após uma década do seu surgimento, a Ritalina foi aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) para uso em crianças. Desde então, há um grande interesse científico sobre seus efeitos no tratamento de desvios do comportamento infantil, ao passo que sua publicidade tomou grande proporção nas mídias de massa, visto que a “hipercinesia” se tornou um dos mais comuns problemas psiquiátricos infantis (Gross & Wilson, 1974, p. 142). Nesta linha, e particularmente no que toca aos fatores sociais apresentados por Conrad (2018), a “hipercinesia” pode ser analisada sob três aspectos, são eles: a revolução farmacêutica, as tendências na clínica médica e, por último, as responsabilidades e ações governamentais. No que diz respeito a esta transformação, o autor (2018) afirma que, desde 1930, a indústria farmacêutica tem tentado sintetizar e fabricar um grande número de drogas psicoativas, o que colaborou para uma revolução no consumo de drogas.

As drogas psicoativas são conhecidas como aquelas que atuam no sistema nervoso central. Como a Ritalina, a Bazedrina (também conhecida como anfetamina S04)

e a Dexedrina que são estimulantes sintetizados indicados para o controlo de apetite, depressão, fadiga e, mais recentemente, para “disfunção cerebral mínima”. Estes são apenas três entre uma infinidade de medicamentos disponíveis e aconselháveis para o tratamento comportamental de crianças. A este respeito, Hentoff (1972) relata-nos que houve uma disseminação considerável das informações sobre os efeitos dos tratamentos medicamentosos no setor educacional devido às influências tendenciosas na clínica médica. O autor aponta duas tendências recentes na prática médica que acabaram por afetar o aumento no número de diagnósticos e tratamentos para transtornos mentais. A primeira delas, e mais significativa, é a revolução farmacêutica no campo da saúde mental e a segunda, não menos importante, é a ação governamental. O facto é que desde a década de cinquenta há um crescimento exponencial do uso para transtornos mentais e isto provocou o aumento da confiança nos (as) profissionais de saúde e na abordagem farmacêutica de problemas mentais e comportamentais (Conrad, 2018). Por conseguinte, houve um interesse considerável na psiquiatria infantil, nomeadamente na última década.

Acredita-se que o aumento deste interesse esteja relacionado a descoberta de “sintomas” como a hiperatividade ou “hipercinesia”, supracitada por Conrad (2018). Entretanto, se o sujeito não procurar conceituar o sofrimento ocasionado pelos “sintomas”, provavelmente permanece não identificado e/ou diagnosticado e, sendo assim, está à margem de atenção médica. Segundo Hentoff (1972), nos EUA, dois dos mais significativos relatórios governamentais mostraram-se preocupados com a questão do tratamento medicamentoso de crianças em idade escolar. Inclusive, ambos relatórios se desdobram em campanhas direcionadas à população por meio de publicidade nacional, uma demonstração de posicionamento político face ao problema. Para além destas, outras ações governamentais americanas apontaram a problemática da prescrição de medicamentos para crianças. Em geral, estas movimentações governamentais mostraram-se preocupadas com a facilidade pela qual medicamentos eram prescritos, muitos deles por meio de diagnósticos resultantes de relatos de professores (as) e pais que reivindicavam um melhor desempenho escolar de seus filhos (as). Nestas condições, comitês de saúde passaram a recomendar que somente médicos (as) pudessem prescrever tratamentos medicamentosos e a indústria farmacêutica, por sua vez, se encarregaria de somente promover tratamentos medicamentosos por intermédio de médicos (as), enquanto os pais não poderiam ser coagidos a autorizarem que seus filhos (as) participassem de pesquisas para tratamentos, cujo acompanhamento fosse de longo prazo (Conrad, 2018; Hentoff, 1972).

Na esteira desta ideia, Hentoff (1972) ratifica que empresas farmacêuticas fornecem pacotes sofisticados de diagnóstico e tratamento para médicos (as), pagando-lhes conferências profissionais sobre o assunto e apoiando pesquisas na identificação e cuidado de transtornos desta natureza. Para o autor, estas empresas são as maiores interessadas na rotulagem e tratamento da “hipercinesia”. Porém há ainda um outro fator, menos poderoso do que as empresas farmacêuticas, que exerce grande influência no processo de diagnóstico. Trata-se de as instituições ou associações criadas para apoiar crianças com deficiências ou dificuldades de aprendizagem (Becker, 1963; Conrad, 2018). Apesar de seu foco ir além da hiperatividade ou atenção, incluem na conceção de deficiências, dificuldades de leitura como a dislexia e outros problemas relacionados a dificuldades cognitivas e motoras. Estas instituições ou associações responsabilizam-se pela promoção de conferências e captação de patrocinadores que colaborem para as mudanças na legislação a conferir apoio social, para além de difundirem materiais sobre educação e dificuldades de aprendizagem. Embora tenham a intenção de apresentar uma abordagem mais educacional do que médica, acabam por adotar uma perspectiva médica sobre a problemática (Charles, 1971; Hentoff, 1972; Conrad, 2018).

Por conseguinte, a contar com mais esta influência, o modelo médico de comportamento hiperativo e seu tratamento associado a medicamentos torna-se naturalmente aceito em nossa sociedade. Não obstante, família, médicos (as), professores (as), e até o próprio sujeito, ainda quando criança, admitem a conceção do comportamento desviante. Profissionais de saúde juntamente com os agentes educativos encontram na medicação um tratamento relativamente simples, rápido, cujos resultados podem ser excelentes. Mais, como refere Conrad (2018), o diagnóstico minimiza a responsabilidade da família ao transferir “sua culpa” para um problema biológico aliviando-lhes de qualquer condenação. Ao contrário, acreditam que o mesmo contorna o desvio, ao responder às demandas sociais, nomeadamente educativas. Desse modo, a medicação, por muitas vezes, torna a criança menos irrequieta na sala de aula o que facilitaria o processo de aprendizagem.

Jutel (2011), em contrapartida acredita que o desaparecimento de um sintoma pode levar o paciente a concluir que o medicamento é eficaz, para além de ele mesmo afirmar o próprio problema, embora, a persistência do sintoma possa também contradizê-lo. Em ambos os casos, o medicamento atua como validador do diagnóstico. Porém, não podemos descuidar em omitir a existência de possíveis riscos, posto que utilizamos medicações que impactam o funcionamento de neurotransmissores, e por isso, podem provocar diferentes

reações químicas graves ou não aqueles que as utilizam (Pande, Amarante & Baptista, 2020).

A este respeito, Conrad (1976) admite que os dados embasados em relatórios de professores (as) que relatam comportamentos de crianças em sala de aula contribui de sobremaneira para a nomeação destes diagnósticos. Para o autor (1976), a inconsistência se dá devido ao facto de algumas crianças serem definidas como hiperativas dependentemente do contexto social em que se encontram (Conrad, 1976; Lambert et al., 1978). Seja como for, as indagações sobre o posicionamento médico diante do comportamento hiperativo permanecem fora das práticas médicas atuais que tendem a ignorar fatores sociais.

O diagnóstico de hiperatividade tem se expandido lentamente a adolescentes e adultos, o que nos leva a crer que a descoberta da “hipercinesia” anuncia novos mecanismos médicos de controle social por meio de drogas estimulantes que, por sua parte, corroboram para o surgimento de novas categorias ou designações de desvio, assim como para a expansão da autoridade médica (Conrad, 1976). Tomando este diagnóstico maior amplitude, inclusive sob à ótica de gênero, cujo interesse este estudo também compartilha, Huessy (1967) afirma que meninas que sofrem deste distúrbio apresentam sintomas que seriam descritos vulgarmente como “viver no mundo da lua”, “sonhar acordada”. Ao contrário do que prevê a definição clássica de hiperatividade que mencionámos anteriormente, seriam postuladas como crianças hipoativas, introvertidas e sem energia.

1.5.1 O consumo da performance

O PHDA não é somente reconhecido pela hiperatividade, mas também por problemas relacionados com a atenção e as dificuldades de concentração (Bierdman et al. 2002). Conforme mencionado no capítulo anterior, a perturbação da atenção na PHDA deve ser distinguida dos problemas de concentração, pois que a falta ou dificuldade de manter-se concentrado podem ser traços que sinalizam a presença de outros diagnósticos, como a depressão e a ansiedade (Kooji et al., 1999). Para Kooji et al. (1999), todas essas perturbações psiquiátricas surgem, por norma, mais tarde do que a PHDA e a sua evolução é eventual. Do mesmo modo, a perturbação da atenção começa, em geral, durante a escola primária podendo apresentar uma evolução crônica até a idade adulta.

Na tentativa de responder às relações entre os sintomas, categoriza o PHDA em três tipos: i. PHDA do tipo misto em que a combinação é marcada pelos três sintomas

popularmente conhecidos, impulsividade, hiperatividade e déficit de atenção, ii. PHDA do tipo predominantemente desatento, cujo sintoma predominante é o déficit de atenção, em que o indivíduo apresenta dificuldades de concentração e pouca ou nenhuma hiperatividade, iii. PHDA do tipo predominantemente hiperativo impulsivo, os sintomas apresentados estão relacionados quase que exclusivamente à impulsividade e hiperatividade, neste tipo não são identificados problemas relacionados à atenção, desatenção e/ou concentração (Kooji et al, 1999)

Ao contrário do que vimos com a hiperatividade, em que grande parte dos referenciais a atribui ao sistema nervoso cerebral e cognitivo, ao que parece não há grande interesse sobre definir até mesmo do ponto vista orgânico o que de facto significa “ser atento” (Caliman, 2019). Estudos voltados à atenção consideram que não se trata de um processo natural centrado na cognição, pois que a atenção não pode ser encarada como individual: ao contrário, é um processo desenvolvido no coletivo (Ingold, 2018, Citton, 2014, Boulier, 2010). Entre “estar atento” ou “estar desatento”, existe uma série de pormenores que devem ser considerados, característicos de um processo complexo, heterogêneo cuja compreensão ultrapassa a individualidade. Para sua compreensão é necessário consideramos todas as dinâmicas envolvidas como econômicas, sociopolíticas e comunicativas como mídias e tecnologias (Caliman, 2019). A atenção, conforme aponta James (1950), está situada entre a consciência e a nossa captura e seleção. E, assim sendo, pode ser considerada como uma resposta à consciência do indivíduo que, por seu turno, pode ser prolongada visto que não seja imposta por imperativos quotidianos, ou seja para nossa vida prática, nossas ações quotidianas (Bergson, 2001). Para Vermesch (2002), trata-se de uma interrupção cognitiva. De facto, percebe-se que os conceitos atribuídos à atenção se aproximam cada vez mais da focalização, da capacidade que o indivíduo possui de concentrar-se. Sob esta perspectiva Lachaux (2013) nos diz que a “atenção ideal” seria aquela cujo funcionamento é flexível e linear, pois que dela não são geradas grandes interrupções. Sendo assim, aquele que tem maior habilidade de gerir a sua atenção está livre de “sofrer” com a distração.

Em contrapartida, Citton (2014) entende a distração como sendo um sistema pelo qual a atenção devaneia e foge ao foco da tarefa que está a ser executada. Esta fuga adentra em novos campos do pensamento que, por muitas vezes, ultrapassa as referências da tarefa ou campo de pensamento originário.

Para Kastrup (2004) distração e concentração, surpreendentemente, não estão interligadas. A autora denota a ideia de ser a distração rápida e de manifestação abrupta,

em que o indivíduo “quando distraído” pode estar, simultaneamente, concentrado. Ou seja, a atenção não sofreu interrupções, visto que o indivíduo experiencia uma concentração prolongada e estável. A concentração, entretanto, seria denominada como “tempo de desaceleração e espera por algo que não é do conhecimento e nem está sobre o controle do eu” (Caliman, 2019, p.7).

Ao alargarmos a discussão entre concentração e foco, evocamos Varela, Thompson e Rosh (1993) que ratificam ser a concentração diferente da focalização, em virtude de ocorrer em práticas como a meditação, por exemplo, em que o indivíduo se encontra concentrado, porém nem sempre focado. Os autores complementam que o inverso também pode ocorrer, ou seja, termos um indivíduo focado e sem concentração.

Partindo das considerações, anteriormente exploradas, nos parece ser pertinente levantarmos a necessidade de uma discussão profusa sobre a atenção no que diz respeito ao diagnóstico do PHDA, principalmente no âmbito da escola. Ao legitimar este discurso, a literatura reforça ser a atenção um recurso de natureza coletiva e relacional, influenciada por informações oriundas de diversos ambientes externos, como o que centralizamos neste trabalho, a sala de aula. Assim, as questões acerca da atenção perpassam o contexto escolar. Ao analisarmos a literatura, podemos concluir que há uma relação direta entre o ser destituído de atenção ou “desatento” com a “cultura das aparências”, sendo que a última, ao buscar reafirmar subjetividades, nutre-se da “necessidade existencial da atenção” (Caliman, 2012, p.4).

A “cultura das aparências” seria representada pela cultura comparativista que constitui o modelo de executivos (as) bem-sucedidos (as) que transmitem uma imagem equilibrada de atenção e êxito absoluto, por meio de abordagens direcionadas à focalização (Franck, 1998;1999; Caliman, 2019). A alegoria deste indivíduo reafirma a atenção como requisito essencial para o sucesso. Sincronicamente a modelos sociais reducionistas de sucesso e/ou insucesso atrelados à atenção, surge a lógica mercadológica das indústrias farmacêuticas que acabam por incentivar a mudança institucional das escolas, em virtude de identificar em criança causas que justifiquem sua inquietação, seu fracasso escolar e suas dificuldades relacionais.

Franck (1998;1999), Morrison, Beck e Bouquet (2004), Bouquet (2005) e Davenport e Beck (1998) defendem que estamos a viver em um contexto que prioriza a atenção, ao mesmo tempo em que ameaça seus défices. Neste ínterim, a atenção torna-se um objeto de desejo social diante do desafio de sua escassez, já que se encontra em um cenário repleto de interferências como a quantidade desmedida de informações que

chegam até a nós diariamente. Nestas condições estar ou não atento passa a ser uma exigência da sociedade de desempenho de Han (2015), cujos valores são apoiados no empreendedorismo de si mesmo, na sua própria performance, produtividade e eficiência. A performance, a nosso ver, dar lugar ao desempenho escolar tão reivindicado por pais e professores (as) a crianças e adolescentes.

Assim sendo, o desempenho pode ser encarado como um arquétipo de uma estrutura de poder sustentada no “inconsciente social” que privilegia a busca pela otimização da performance e/ou desempenho (Han, 2015). E ao eleger a medicalização infantil como uma solução, legitima-se as demandas da contemporaneidade. Ora, nessas condições, alunos (as) passam a estar fadados (as) ao insucesso escolar, ainda que não possuam um diagnóstico de hiperatividade ou déficit de atenção, e mesmo que cumpram o processo de aprendizagem. Este paradigma coloca em cheque suas capacidades, porquanto podem ser enxergados como incapazes de concluir às exigências do currículo em vigor, independentemente de suas condições (Lopes et al, 2004).

Ao não aceitar o processo de aprendizagem singular dos seus (as) alunos (as), a escola veste o chapéu de inibidora e/ou formatadora do comportamento dos indivíduos, comportamentos que uma vez considerados desviantes, acabam por naturalizar uma conformidade positivamente acolhida pela sociedade (Machado, 2004, Viégas & Oliveira, 2014; Nunes, 2015). Na maioria dos casos, o controle escolar colabora para que tardiamente o indivíduo seja rotulado como diferente e/ou desviante. Portanto, é preciso que a escola assuma a heterogeneidade das crianças, nomeadamente suas diferenças e especificidades, para que possa desenvolver novas estratégias de ensino (Rodrigues, 2001). Para isso, é necessário combater a visão de “educação bancária” de Freire (1968) em que o professor negligencia seus diferentes processos e deposita o conhecimento como um banco, exigindo o mesmo desempenho de todos (as).

Ao permitir que o processo de aprendizagem se configure na simples transmissão do conhecimento a partir de diferentes paradigmas, a educação não promove o diálogo e não pensa em soluções. Portanto, ao invés de ser um lugar que preza pela liberdade, a escola transforma-se em opressora ou controladora social, em virtude de não colaborar para o desenvolvimento de modelos inclusivos que estabeleçam a equidade de oportunidades e respeito para com seus alunos (as) conforme nos aponta Patto (1999).

O risco de a escola não encontrar abordagens alternativas do ponto de vista da aprendizagem de seus (as) alunos (as), aliado a perspectivas biológicas que não conceituem, efetivamente, a atenção e seus efeitos, sugere que, neste estudo, façamos

uma reflexão a partir de um olhar ecológico sobre o fenômeno da medicalização. A medicalização, conforme definido por Conrad e Schneider (1992, p.209) é “um processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios”.

1.5.2 Os riscos da medicalização

No que concerne ao diagnóstico de PHDA em crianças, precisamos discutir suas dimensões éticas, para que possamos melhor compreender os riscos e benefícios do seu tratamento medicamentoso.

Antes de mais, cabe ressaltar que este diagnóstico empreende as diferenciações entre seus sintomas considerados “normais” ou “anormais”. A normalidade, discutida anteriormente, juntamente à classificação dos sintomas do ponto de vista de duração (contínuo ou disfuncional) delimitam o diagnóstico e seu tratamento (Singh, 2019).

Análises recentes sobre as taxas de prevalência PHDA, revelaram que países sul-americanos apresentam maior prevalência, 11,8% das crianças em idade escolar, enquanto países europeus apresentam uma prevalência de 7,2% inferior (4,6%), conforme nos mostra Singh (2009). Nestas condições, consideramos que existam questões éticas que abarcam os fatores de identificação risco em dimensões individuais e sociais. A nível individual, podemos considerar riscos ambientais e genéticos, à medida que a nível social, a implementação de intervenções não pode ser isenta de valor (Rose, 2008). Molina et al & Haag (2007) nos dizem que o PHDA tende a ser considerado cada vez mais como um diagnóstico biomarcador de risco para comportamentos mais graves, como abuso de substâncias, comportamento antissocial e criminalidade. Nesta conjuntura, é necessário interpelar a ética que, até ao momento, naturaliza a medicação de crianças para tratar sintomas de PHDA. A garantia de segurança da criança deve ser encarada como uma questão ética primordial no que se refere a tratamentos com psicotrópicos. Contudo, a criança não pode ser encarada como um pequeno adulto e ser submetida a tratamentos com medicamentos que são prescritos e testados em adultos (Zito, 2000).

Embora os estimulantes tenham sido usados para tratar problemas comportamentais na infância, nas últimas décadas, existem ainda poucos estudos científicos que evidenciem os reais efeitos da utilização de estimulantes a longo prazo (Singh, 2019). Conclui-se que, além dos possíveis danos físicos que podem ocorrer durante o percurso, causado pelo uso de drogas estimulantes, há também de considerar os danos morais e, por causa disso, podem ameaçar a autonomia e a identidade do indivíduo,

assim como contribuir para o estigma (Fukuyama, 2003). Significa isto que o diagnóstico pode apresentar dimensões estigmatizantes de longo prazo, em consequência de indivíduos diagnosticados podem ser percebidos mediante os sintomas que apresentam atualmente, contribuindo futuramente para uma potencial disfuncionalidade comportamental, como reforça Lock et al (2007). Desta forma, sujeitos, famílias e grupos sociais envidam esforços para resistir às intervenções devido ao estigma provocado pelo rótulo que carregam (Gurmankin et al, 2005; Lock et al, 2006).

Entretanto, importa-nos saber neste estudo, através de experiências narradas, como sucedeu o processo de diagnóstico, quais foram as indicações e motivações que o desencadearam, quem foram os atores que participaram do processo (pais, profissionais de saúde, educadores (as), entre outros (as)). Afinal, como influenciaram este processo e como desenrolaram seus papéis? Sendo o diagnóstico considerado o ponto de partida para este trabalho, nos interessa compreender, a partir da perspectiva da participante, como lidam com as dimensões sociais do seu reconhecimento, como confrontam-se com os tratamentos, nomeadamente medicamentosos.

Capítulo II – Quadro Metodológico – “É uma deficiência que não é aceita”

Neste capítulo descrevemos a forma como esta investigação foi conduzida, explicitando as motivações e as posições que legitimaram nossas escolhas e que delimitaram o modo como os fenómenos que dela submergiram foram abordados.

Todos os meus livros... são pequenas caixas de ferramentas... se as pessoas as quiserem abrir, usar esta frase ou esta ideia como uma chave de fendas, desacreditar ou esmagar sistemas de poder, incluindo eventualmente aqueles de onde os meus livros emergiram... tanto melhor. (Foucault, 1969)

Partimos da reflexão de Foucault (1969) para uma melhor definição sobre a escolha metodológica. Primeiramente, sabe-se que a ciência, independente do campo de saber, parte da curiosidade humana, da tentativa de sistematização do conhecimento. Sendo assim, a metodologia é essencial para que essa concatenação de saberes seja organizada, articulada, acumulada e sobreposta.

Nesse íterim, abordaremos as metodologias utilizadas na construção desta investigação. Num primeiro momento, indicaremos os objetivos que nos nortearam para a construção do estudo. A partir deste momento, detalharemos nossas escolhas epistemológicas relacionadas ao enquadramento teórico anteriormente apresentado.

Por fim, retrataremos as ferramentas técnicas de análise e recolha de dados apoiadas nas nossas experiências no terreno que nos proporcionaram um aprofundamento na observação dos dados extraídos.

2.1 Objetivos da Investigação

Nossas inquietações levam-nos ao interesse por: i. Desvelar as dimensões sociais na construção do diagnóstico de PHDA, através de narrativas e experiências de mulheres portuguesas, ii. Compreender por meio das narrativas, a relação entre a construção e a vivência com o diagnóstico no contexto escolar, os seus atores e expectativas; iii. Perceber, a partir da perspetiva de mulheres adultas portuguesas, qual é o papel atribuído à escola na construção do diagnóstico e tratamento do PHDA, iv. Explorar como se confrontam com os tratamentos medicamentosos e, por último, v. Conhecer as motivações que levam a contar sobre si e até onde este ato pode ser empoderador e emancipatório.

2.2 A Construção do Estudo

Mais que nunca, em tempos sombrios, desperta-nos o interesse no entendimento mais profundo sobre o (a) outro (a). Acreditamos que o processo catártico de encontrar a si mesmo a partir da perspectiva do (a) outro (a) incentiva-nos a uma reflexão sobre nós mesmos (as).

Em linhas gerais, há escassez na literatura no que diz respeito a temas centralizados na mulher, normalmente os estudos relacionados ao PHDA situam-se na infância (Conrad, 1976, Guba & Lincoln, 1994).

Ainda que consideremos as limitações da atual conjuntura em que vivemos, para além das limitações relacionadas ao tempo de duração do Mestrado, pretende-se compreender os caminhos percorridos por estas mulheres. A análise destes caminhos permite-nos chegar a considerações que contribuem para a construção de uma visão mais aprofundada do tema tratado, assim como depositar sementes que futuramente poderão resultar em discussões aprofundadas e em maior interesse científico sobre o mesmo, reverberando numa maior conscientização social que corrobore em políticas públicas que contemplem a saúde mental da mulher portuguesa, designadamente.

Entretanto, este projeto configura-se como um início de uma jornada que busca a validação de um novo conhecimento científico que articule os fenómenos sociais e as questões sobre gênero, considerando as relações de interdependência. Para tal, consideramos oportuno colocar a Ciência da Educação como protagonista da mudança que necessitamos no mundo e fazer do seu discurso uma ferramenta de sensibilização para provocar a mudança que tanto aspiramos.

2.3 Escolhas metodológicas: os métodos, técnicas e instrumentos de recolha e análise de dados

Considerando o enquadramento teórico e as preferências paradigmáticas, discorreremos como foi o processo de desenvolvimento da pesquisa no terreno, sobretudo sobre os nossos desafios e dificuldades. Assim como se deram a recolha e análise dos dados, em que tentamos perseguir com afinco conforme o que foi inicialmente proposto.

No que tange à escolha metodológica, optamos por seguir com narrativas através de entrevistas semiestruturadas. Para além de escolhermos esta abordagem devido ao facto de considerarmos o método mais adequado para esta tipologia de estudo, não deixamos de ponderar que a pesquisa social é, de facto, um dispositivo prático

desenvolvido por razões pragmáticas e, portanto, que pode ou não estar diretamente identificado com os ideais, aspirações ou exigências do positivismo (Hughes & Sharrock, 1997 apud Elliot, 2005).

Mas, então, porquê a narrativa? A resposta assenta no intuito de ouvir o sujeito, o seu processo de vida, o seu percurso antes, durante e pós diagnóstico. A narrativa se encaixaria como um recurso que permite traduzir cronologicamente e significativamente os eventos na vida do indivíduo, pois permite recolher e analisar discursos com uma ordem sequencial clara que conecta eventos para um público definido e, assim, oferece insights sobre o mundo e as experiências das pessoas (Hinchman & Hinchman, 1997 apud Elliot 2005).

Outro aspeto que fundamenta a escolha é ser a narrativa uma metodologia que já vem sendo utilizada nas últimas décadas em estudos sobre impacto da saúde crônica, como o estudo de Kelly e Dickinson (1997) e Williams (1997), que escreveram sobre o senso de identidade dos indivíduos, enquanto Faircloth (1999) e Crossley (1999) usaram a narrativa no contexto de pesquisa de condições específicas, como também a SIDA e a epilepsia. A narrativa também aparece na literatura como abordagem preferencial em trabalhos sobre comportamento e educação em saúde, como é o caso das pesquisas de Williamson (1989), Moffat & Johnson (2001) e Workman (2001).

Consideramos que as histórias narradas presumem que o tempo tem uma direção unilateral, passando do passado para o presente e para o futuro. Sua adequação afirma-se quando se estabelece umnexo causal explícito entre os eventos em uma narrativa, até mesmo se olharmos para o ponto de vista literário (Ricoeur, 1984). Percebemos que, enquanto leitores, tendemos a interpretar a causalidade em uma sequência de eventos recontados como uma narrativa. E estes eventos estão relacionados entre causas e efeitos, quando para este estudo é fulcral a relevância dos efeitos (Tillman, 1991), embora assumamos um olhar, essencialmente, compreensivo desta relação causal.

A escolha desta metodologia fundamenta-se, assim, no interesse nas experiências vividas destas mulheres e de uma apreciação da natureza temporal dessa experiência e suas mudanças ao longo do tempo, além do interesse no “eu” e nas representações deste “eu”. Admite-se, a este respeito, que a narrativa, permite construir uma consciência de que o (a) pesquisador (a) também é um narrador (a), o que contribui para a escolha da escrita do estudo em formato biográfico.

Para dar forma a estas narrativas, para além da subjetividade do (a) escritor (a), uma história sobre uma história demonstra o poder das narrativas para moldar o significado

e desafiar as convenções acadêmicas da escrita das ciências sociais. Para isto, Labov e Waletzky (1967) sugerem que as narrativas devem contar com seis elementos, são eles: resumo (do assunto narrado), a orientação (hora, local, situação, participantes), a ação (o que realmente aconteceu), a avaliação (o significado da ação), e por último, a resolução (o que finalmente aconteceu). A avaliação destaca-se como crucial para estabelecer o ponto ou o significado da história. Neste sentido, o diagnóstico torna-se ação problema, o marco, em que irá determinar o “eu” do sujeito pré-diagnóstico e o “eu” do sujeito pós-diagnóstico, consolidando a relação causa e efeito anteriormente referidos.

2.3.1 Seleção das participantes

Num primeiro momento, pensámos em recorrer às instituições formais como a própria Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, como instituições como a Sociedade Portuguesa de Déficit de Atenção de Portugal (SPDA), para que nos auxiliassem no recrutamento de participantes para o estudo. Entretanto, refletiu-se que, devido às diferentes abordagens que são discutidas em fóruns e diferentes fontes de informação e pesquisa, sobretudo no que toca ao histórico de construção e assumpção do diagnóstico somadas a questões relacionadas com a medicalização, além do contexto pandêmico, consideramos que este não seria o caminho mais adequado.

Com o objetivo de tentar perceber se existiam depoimentos de mulheres portuguesas a respeito da sua experiência com PHDA, procuramos por grupos de discussões nas redes sociais, nomeadamente *Facebook*. Avançámos com o exercício da netnografia, método utilizado para estudar grupos *online* (Garcia et al., 2009), o que nos pareceu adequado, também numa altura excepcional da pandemia Covid-19. Como definem Rutter e Smith (2002), “o facto de a etnografia *online* descrever lugares que não são espaços, cria, para o etnógrafo, um dilema, pois não há lugar óbvio para ir realizar o trabalho de campo” (p. 1). Entretanto, trata-se de considerar que o contexto social tem mudado em muitas dimensões, não somente devido às novas crises mundiais sanitárias e econômicas, mas ao longo dos últimos anos, e que uma dessas dimensões é senão a tecnológica. Este cenário serve-nos para pôr em questão a necessidade de visitar conceitos, métodos, técnicas, de forma a entender como estes também podem ser aplicados no contexto atual e posto isto consideramos que a etnografia não está mais confinada em um único lugar.

Pautando-se na crença da queda dos possíveis muros etnográficos, ao escolher a netnografia há que se considerar que os mundos *online* e *offline* não estão inseridos em realidades separadas. Ao contrário, fazem parte da mesma realidade, quando um dá

continuidade ao outro. De tal forma, que o (a) pesquisador (a) é responsável por definir técnicas que sejam capazes de analisar este continuum (Hatch & Wisniewski, 2006). Sob esta perspectiva, acredita-se que para explorar, efetivamente, os contínuos problemas da pesquisa etnográfica, como os aspetos sociais específicos, a construção de identidade e suas crenças, valores e visões de mundo, assim com suas experiências cotidianas, os etnógrafos precisam integrar a internet em suas pesquisas com intuito de uma compreensão alargada sobre a vida social na sociedade contemporânea (Garcia et al, 2009).

Ao confrontarmos a netnografia à sua precursora, a etnografia, sabemos que há diferenças, sobretudo no que toca às especificidades do discurso. No contexto online, coloca-se em cheque a identidade do sujeito/participante, ao passo que a etnografia se foca no comportamento do indivíduo, o que só é permitido em interações face a face, na qual as pessoas buscam apresentar uma autoimagem mais cuidadosamente cultivada e controlada (Kozinetz, 2002).

Na primeira busca, focámos em grupos cujo tema principal seria o défice de atenção. Encontrámos muitos grupos de discussões fechados, inclusive alguns alertavam previamente ao ingresso do participante, que comentários que colocassem em discussão a existência ou não do PHDA e a utilização de medicamentos como Metilfenidato e a Ritalina não seriam aceitos. Durante a exploração no campo netnográfico, nos deparámos com um campo de atuação consideravelmente fértil, especificamente um grupo direcionado à discussão do PHDA em Adultos com 335 membros. Por intermédio deste grupo, enviámos às mulheres que, aparentemente, se enquadrariam no perfil desejado (ser portuguesa ou viver em Portugal e ter idade mínima de 15 anos). Entretanto, a estratégia utilizada foi enviar mensagens privadas via *Facebook*, assim como publicar um convite na área pública, cujo interesse deveria ser manifestado anonimamente, conforme explicitado no texto da mensagem enviada (Apêndice III).

No que diz respeito à esfera ética da pesquisa, às participantes interessadas foi orientado que enviassem mensagem a investigadora através da área privada para que o sigilo da identidade fosse mantido. Alguns convites também foram realizados por parte da investigadora a potenciais participantes, também por meio da área privada.

A seleção das participantes iniciou em outubro de 2020 e encerrou em março de 2021, quando as entrevistas foram realizadas. A cada participante foi associado um nome fictício, questionamos se as mesmas gostariam de indicar um nome pelo qual desejariam

ser identificadas. Três das participantes indicaram nomes, outras três não o indicaram, sendo assim, coube a própria investigadora a seleção.

Entre convites aceitos e manifestações de participação voluntária, concluímos o estudo com a participação de 6 mulheres portuguesas, distribuídas entre o norte e sul do país, cuja média de idade é de 28 anos, sendo três delas diagnosticadas ainda quando criança e três em fase adulta. Apresentamos, em seguida, o quadro que representa a caracterização das participantes:

Quadro 1- características das entrevistadas

Nome fictício	Morada	Idade	Profissão / Atividade	Estado Civil	Idade em que foi diagnosticada
Ana	Leiria	20 anos	Universitária	Solteira e sem filhos	10 anos
Sara	Aveiro	33 anos	Universitária	Casada e com um 1 filho de 3 anos	30 anos
Paula	Porto	22 anos	Universitária	Solteira e sem filhos	22 anos
Fátima	Coimbra	27 anos	Universitária	Solteira e sem filhos	12 anos
Manoela	Lisboa	27 anos	Administradora	Solteira e com 1 filho de 6 anos	15 anos
Isabel	Odivelas	41 anos	Auditora Fiscal	Solteira e com 1 filho de 20 anos	38 anos

Ao utilizar o recurso da etnografia digital limitou-se exclusivamente ao papel de observador (a)-participante. Contudo, procurou-se manter uma posição cuidadosa perante aos fóruns e comunidades online, nomeadamente no que diz respeito à tipologia das informações públicas e/ou privadas. Sendo assim, nos abstermos de publicar ou replicar comentários em quaisquer que sejam os grupos no tocante a esta temática, conforme alertam Langer e Beckman (2005).

Sob a utilização de conteúdos utilizados no estudo, debruçamo-nos sobre o discurso de Garcia et al. (2009) que ressalta o facto de não ser a internet um “espaço” físico, e assim sendo, a acessibilidade da informação é particularmente importante, ou seja, importa ter em linha de conta o que está entre o que está em domínio público ou em domínio privado.

Para os autores (2009), uma vez disponibilizados publicamente e originados da internet, os dados são considerados públicos.⁸

A utilização da técnica para seleção de participantes pareceu-nos adequada, pois como nos apontam Langer e Beckman (2005) e Sandlin (2007), neste contexto, foram desenvolvidas pesquisas sobre temáticas sensíveis como sexo, obesidade, doenças, homossexualidade, em que as pessoas, em geral, possuem maiores dificuldades em expressar-se por meio de uma metodologia tradicional, face a face, como a etnografia tradicional. Segundo estes autores, os participantes tendem a apresentar-se mais desenvoltos e confortáveis ao expressarem-se livremente em comunidades digitais.

É importante ressaltar que, para este estudo, a netnografia foi utilizada como um recurso complementar metodológico. Isto é, sendo o objetivo central encontrar possíveis voluntárias, não se pretendeu avançar para a análise dos seus discursos *online*.

2.3.2 Entrevistas

Para este estudo recorreu-se à entrevista semiestruturada, cuja escolha se fundamenta na crença de que este recurso permite-nos explorar o mundo, mas também o objeto de investigação, além de ser um dos recursos mais utilizados pela sociologia. Mais, constitui condições para uma maior aproximação das participantes (Ricoeur, 1984).

Primeiramente, foi solicitado a cada participante que escolhesse o método pelo qual gostava de contar sua história, não sendo necessariamente obrigatório contá-las em formato de entrevistas. Para isto, abrimos o leque de materiais para recolha de dados, neste caso seriam também considerados depoimentos escritos, diários, boletins escolares, laudos entre outros. O objetivo era deixá-las o mais confortável possível ao traduzir suas experiências. Entre as 6 participantes, somente uma optou por entrevista escrita, enquanto

⁸ A questão domínio público versus privado se configura no ato de pesquisar às escondidas, sem o conhecimento ou consentimento do (a) pesquisado (a). Sobre esta dicotomia questiona-se a possibilidade de utilização dos dados da internet como dados públicos. Assim sendo, discursos, perguntas, informações disponibilizadas em homepages pessoais seriam informação pública? Garcia et al. (2009) apontam para o facto que a internet não é um “espaço” físico, desta forma a o domínio está ligado à acessibilidade da informação. Se a informação é acessível, então pode ser considerada de domínio público. Por outro lado, pode-se optar pelo consentimento informado, pedindo para as fontes a permissão da utilização de suas informações na pesquisa. O que soaria como uma solução eticamente viável, porém arriscada, devido ao facto de os pesquisados (as) terem o poder de decisão sobre o uso das informações. Entretanto, a sua utilização é pré-estabelecida por sua acessibilidade. Em linhas gerais, se a informação é acessível é considerada pública (Garcia et al, 2009).

todas as outras optaram pela entrevista tradicional face a face, ainda que tenham sido virtualmente realizadas.

As entrevistas permitiram que as participantes fornecessem relatos de suas vidas e experiências, assim como evidenciem seus processos e significados. E assim, pudemos identificar os diferenciais inerentes ao empreendimento da pesquisa. O que reforça o objetivo deste estudo, que segue uma abordagem construtivista, cuja concentração está na preocupação da vida destes indivíduos, admitindo-se que o mundo social em que estão inseridos está constantemente "em formação" e, portanto, a ênfase está na compreensão da produção do mundo social em que vivem (Bruner, 1986; Coles, 1989).

Embora tanto a abordagem construtivista, quanto a naturalista da entrevista possam parecer semelhantes, a abordagem construtivista exige uma sensibilidade muito maior aos procedimentos interpretativos, cujos significados são alcançados na interação entre entrevistador (a) e entrevistado (a) (Harris, 2003 apud Elliot, 2005). Ao optar por esta abordagem, o estudo reafirma-se no interesse na ação e nos elementos de avaliação da narrativa, seus aspectos temporais e significativos, visto que planeja uma melhor percepção acerca do funcionamento das atividades sociais, como estão organizadas e como foram conduzidas (Gubrium & Holstein, 1997), partindo do pressuposto que pesquisas qualitativas, através de entrevistas semiestruturadas, são técnicas ideais para um aprofundamento sobre a vida dos indivíduos e suas experiências íntimas. Ao questionarmos por que entrevistamos, Weiss (1994) afirma que:

A entrevista pode nos informar sobre a natureza da vida social. Podemos aprender sobre o trabalho das ocupações e como as pessoas formam carreiras, sobre as culturas e os valores que patrocinam e sobre os desafios que as pessoas enfrentam ao viverem suas vidas. Podemos aprender também, entrevistando sobre as experiências interiores das pessoas (...) podemos aprender o significado para eles de seus relacionamentos, de suas famílias, de seu trabalho e de si mesmos. Podemos aprender sobre todas as experiências, da alegria à tristeza, que juntas constituem a condição humana (p.1).

Neste trabalho, reconhecemos que a entrevista não é apenas um meio de coleta de dados, mas pode converter-se em investigação por si só. A este respeito, para Elliott (2005), a forma interacional da entrevista é vista como tendo uma relação importante com o conteúdo das contas fornecidas pelo (a) entrevistado (a). Sendo assim, a forma da entrevista é um tópico para inclusão na agenda de pesquisa. É analisado em conjunto o

conteúdo da entrevista, mas isto não substituirá o conteúdo substantivo da entrevista como foco principal da pesquisa (Wikin, 1998).

As entrevistas foram realizadas por meio da ferramenta *Zoom* e tiveram duração média de uma hora. Para além de escolhermos esta abordagem devido ao facto de considerarmos o método mais adequado para esta tipologia de estudo, não deixamos de ponderar que a pesquisa social é, de facto, um dispositivo prático desenvolvido por razões pragmáticas e, portanto, que pode ou não estar diretamente identificado com os ideais, aspirações ou exigências do positivismo (Hughes & Sharrock, 1997 apud Elliot, 2005). Para coleta dos dados desejados utilizamos o guião de entrevista (Apêndice II) cujas perguntas orientadoras foram criadas a partir de quatro blocos: i. Representação do PHDA, ii. “Eu” Pré-Diagnóstico, iii. “Eu” durante diagnóstico e, por último, iv. “Eu” Pós Diagnóstico. Todos os blocos tinham a intencionalidade de coletar dados que cruzassem com as perguntas de partida que nos levaram aos objetivos desta investigação.

2.3.3 Análise de Dados

Com o objetivo de extrair os dados em direção aos objetivos do estudo, escolhemos a análise temática como técnica para análise de dados. Consideramos que, nas relações sócio comunicativas que são estabelecidas entre o entrevistado (a) e o (a) entrevistador (a), ao narrar factos importantes de sua vida, o entrevistado(a) poderá reorganizar os pormenores, sobretudo sobre os significados do que é contado (Vieira, 2001). Seja como for, na construção do guião de entrevista, conforme mencionado anteriormente, já se propunha levar a entrevistada à narrativa de factos de maneira linear e/ou cronológica.

Ao pretender avançar na compressão no discurso destas mulheres, assim como na construção social sobre si, ou seja, como elas de facto atuam como agentes de si, quais capacidades e habilidades possuem para atuar de forma reflexiva sobre o mundo (Carlucci, 2013), optamos pela análise temática. A escolha deste tipo de análise repousa no trabalho de Braun e Clarke (2006), que consideram tratar-se de “um método fundamental para análise qualitativa, sendo o primeiro método que os (as) pesquisadores (as) deveriam aprender, pois fornece habilidades básicas que são úteis para realizar muitas outras formas de análise qualitativa” (p.4).

Entretanto, a escolha por este método analítico, embora nem sempre aconteça de forma linear, fundamenta-se também na sua dinamicidade e flexibilidade, no ir e vir do material produzido e analisado, o que evidencia sua natureza comunicativa. Em linhas

gerais, a literatura nos recomenda estruturar este tipo de análise em etapas: i. Transcrição das entrevistas, ii. Definição da unidade analítica, iii. Leitura intensiva do material, iv. Organização das enunciações em temas e subtemas, e, por último, v. Elaboração e análise do Quadro semiótico (Patton,1990).

O processo de análise temática pode ser bastante desafiador, e ao mesmo tempo estimulante, como afirmam Rubin e Rubin (1995), pois assenta no processo de descoberta de e diálogo entre temas e conceitos embutidos em nossas entrevistas. Para além de tópicos que emergem ou são descobertos serem descritos passivamente no processo de análise, negam o papel ativo que o (a) pesquisador (a) desempenha na identificação de padrões / temas, dado que já seleciona previamente quais são de seu interesse (Taylor & Ussher, 2001).

Em síntese, a análise temática envolve a busca em um conjunto de dados e, no caso desta investigação, nos proporcionou, através das entrevistas, encontrar padrões repetidos de significado. Não obstante, essas abordagens consideram significados em todo o conjunto de dados, temas semânticos e realistas, pois trazem à luz enunciados ou unidades de significados que não foram previamente pensados pelo (a) pesquisador (a). A este respeito, o rigor no processo de análise deve sempre ser respeitado, ao assumir neste método sistemático que os pressupostos sejam congruentes com a forma como se conceptualiza o assunto que se pretende tratar (Reicher & Taylor, 2005). Para este estudo, procurou-se respeitar as estruturas propostas, com certa flexibilidade, considerando, por um lado e naturalmente, suas limitações, sabendo-se que ao escolher este método não seria possível quantificar os dados. Por outro lado, acreditamos ter coletado um material bastante rico, o qual nos proporcionou a criação de cinco quadros semióticos.

Por fim, a escolha pela análise temática não se deu por ser mais fácil ou rápida se compararmos as outras técnicas de análise qualitativa de conteúdos, pois como ocorre com qualquer outra técnica requer um comprometimento qualitativo aprofundado e amplo. Acreditamos que a seleção desta técnica nos proporcionou produzir uma análise perspicaz capaz de responder às questões específicas desta investigação, tal como nos levar a pesquisas futuras relacionadas, tanto ao tema central, quanto aos temas mais secundários aqui identificados.

2.4 Preferências Paradigmáticas

Declaramos, sem hesitação, ser esta pesquisa pautada no paradigma metodológico qualitativo, considerando seu poder de amplitude, relativamente, aos estudos empíricos e levando-se em conta todas as esferas da vida, suas perspectivas e eventualidades, além da singularidade das construções sociais e a representatividade de seus dados (Flick, 2004).

Afirmamos esta investigação como originária na Ciência da Educação, embora situa-se na “mestiçagem” de Charlot (2006), porquanto podemos encontrar neste estudo as ciências médicas e sociais, da psicologia e da educação pois que “se interpelam e, por vezes, se fecundam, de um lado, conhecimentos, conceitos e métodos originários de campos disciplinares múltiplos e, de outro lado, saberes, práticas, interesses éticos e políticos diversos. Entretanto, sua finalidade se faz para atender às demandas da comunidade educativa de forma ampla e abrangente, retomo as palavras de Charlot (2006) quando diz que:

(...) é isso que leva a dar importância, de um lado, à própria educação, naquilo que ela tem de específico, e, de outro lado, aos efeitos da pesquisa sobre a educação. Como consequência, ele (o pesquisador) não poderá mais se desinteressar, se desligar das questões relativas aos fins. (p.10)

Em concordância com os objetivos da investigação que se propõe desenvolver, destacamos que, no que tange à metodologia anteposta, nossa intenção é explorar ao máximo a abordagem qualitativa disponível em busca de uma investigação compreensiva descritiva e exploratória, cuja recolha de dados é centrada em um método analítico, o que nos permite uma maior aproximação às participantes do estudo (Amado, 2013). Acredita-se que este tipo de abordagem nos permite um foco maior no processo de diagnóstico do PHDA, o que está intrinsecamente relacionado ao tema do estudo. Além disso, a pesquisa qualitativa é, frequentemente, descrita como mais abrangente e aprofundada, em comparação à pesquisa quantitativa, embora seja cada vez mais possível abordar questões sobre processos sociais e mudanças sociais usando métodos quantitativos (Elliot, 2005).

Partimos, neste estudo, da premissa de que há um abismo epistemológico e social de uma modernidade globalizada que negligencia a saúde mental de mulheres, nomeadamente portuguesas. Acreditamos ser possível fazer uso da abordagem feminista para ascender discussões que alterem as estratégias de mudança social e, conseqüentemente, que reflitam perspectivas sob o prisma de diferentes epistemologias

(Bruschini, 1992; Chrisler & Smith, 2004; Dias, 1992). Sabendo-se da complexidade de estudos que envolvem as temáticas femininas e médicas, sobretudo as preocupações das diversas epistemologias e metodologias envolvidas, procuramos refinar as escolhas ao desenhar o modelo desta investigação, já que sabemos que o conhecimento gerado pelo resultado seria conduzido conforme os métodos adotados.

Conforme apontam Guba e Lincoln (1994), estudos centrados na temática feminina assumem intrinsecamente conjeturas epistemológicas, abordagens críticas e éticas que têm implicações políticas, podendo estar suscetíveis a interesses que fogem ao objetivo do estudo. Assim, associada a esta proposta metodológica, há potencialidades como o resgate da experiência feminina, o empoderamento de mulheres e uma mudança social ao estimular um novo olhar sobre elas. (Eichler, 1988).

A produção de conhecimento sob o prisma feminino torna-se um conhecimento prudente para uma vida decente como menciona Santos (1988). Há aqui uma necessidade latente de reflexões acerca de uma sociedade pandêmica e em profundas mudanças, reflexões estas que podem ser somente realizadas se considerarmos uma “revolução científica”, por meio de uma “transgressão metodológica e com uma pluralidade de métodos” (Santos, 1988, p. 66).

Capítulo III – Análise e discussão de dados - “É sempre exigido o comportamento de uma pessoa, dita normal”

Apresentamos neste capítulo o que encontramos nas nossas entrevistas no terreno, tecendo comentários sobre os discursos coletados e como os mesmos dialogam com a teoria discutida nos capítulos anteriores.

Assim, destacamos os pontos de convergência entre os dados encontrados e a literatura que privilegiamos nesta dissertação, assumindo que a teoria e o empirismo devem caminhar juntos, visto que se complementam e juntos constituem o saber científico.

Para tal, neste trabalho, nos dispomos a ouvir seis mulheres, embora conscientes da nossa condição de privilégio enquanto investigadoras, procuramos dar a elas o enfoque necessário para que pudessem exercer o papel de protagonistas. Por isso, buscamos evidenciar discursos sensíveis que traduziram sentimentos, sofrimentos, dificuldades e angústias. Os dados que foram aqui dispostos por intermédio da análise temática, instrumento escolhido para análise, demonstra a jornada do que é “ser mulher” com PHDA, em suma, as implicações do diagnóstico enquanto mulher adulta.

3.1 O processo de análise

O processo de análise se deu em três momentos. O primeiro deles foi a transcrição de cinco entrevistas faladas, posto que uma das entrevistas foi excepcionalmente escrita, inclusive foi o último material rececionado, especificamente da participante Isabel.

As transcrições nos permitiram uma aproximação ao discurso das participantes. Os materiais coletados apresentaram narrativas muito ricas em detalhes, repletas de falas sensíveis e singulares que exprimem sentimentos de angústia e sofrimento, ao mesmo tempo com descontração e alegria. Após as transcrições, num segundo momento, realizamos uma leitura flutuante, na qual procurou-se ter uma visão individualizada de cada uma das participantes, numa visão transversal, o que nos permitiu identificar quais seriam as principais temáticas e se existiriam ou não convergências entre elas.

O terceiro e último momento, se deu na distribuição das falas das entrevistadas, mediante o olhar previamente proposto neste trabalho, que é traçar o processo de antes, durante e pós diagnóstico, entendendo o diagnóstico como o marco em suas narrativas. E a partir deste delineado, perceber os fatores e atores sociais, assim com as temáticas que deles e /ou partir dele são afloradas. Nesta etapa, buscou-se criar quadros temáticos que representassem, primeiramente, o que é o PHDA na perspectiva destas mulheres e em

seguida, perceber a interação e temas relacionados a cada um dos estágios supracitados. Procurou-se ilustrar suas jornadas a partir do prisma coletivo, considerando as similaridades em seus processos. E, para a conclusão, avançou-se com um quadro demonstrativo de como estas temáticas se entrelaçam do ponto de vista teórico.

3.2 Leitura flutuante das entrevistas e identificação das convergências das narrativas

Ao obter uma análise prévia do material, conseguimos acessar os principais tópicos que emergiram das narrativas e construímos assim uma leitura que nos permitiu compor considerações congruentes aos objetivos do estudo. Abaixo apresentamos o quadro representativo da leitura flutuante:

Quadro 1- Primeiras percepções da leitura flutuante

Participante	Primeiras Percepções
Ana	<ul style="list-style-type: none"> • O PHDA como auto regulação (a dinâmica familiar, a negociação família-profissionais) • A não compreensão da escola na etapa de transição de colégios • A fácil aceção do diagnóstico • A escola e o desempenho escolar como gatilho para a busca do diagnóstico • O cenário do contexto social na fase do diagnóstico (separação dos pais) • A busca pelo diagnóstico devido a não adequação ao meio, ao ambiente escolar, propriamente.
Sara	<ul style="list-style-type: none"> • A interação social mais introvertida sendo encarada como um comportamento desviante • Baixa aderência de partilha de experiências nos grupos portugueses do <i>Facebook</i> de mídia social, a entrevistada atribui provavelmente ao fator cultural. • As dificuldades de manter foco e atenção pós período escolar básico, como na educação continuada. • Critérios superficiais e poucos aprofundados sobre o diagnóstico • A busca do diagnóstico como validação e justificação do comportamento desviante daquilo que se considera padrão ou esperado. • A baixa auto estima gerada após o não cumprimento do esperado • A maternidade como superação e validação da importância do indivíduo. • O PHDA visto como desajuste e , apesar disso, como colaborador da criatividade • O indivíduo não se sente integrado ao mundo, “este mundo não foi feito pra mim” • O PHDA visto como uma perturbação da motivação.
Paula	<ul style="list-style-type: none"> • O PHDA visto como entusiasmo e tédio, antagonicamente. • Estigma da medicalização, que o uso da medicalização é prejudicial. A não compreensão do mesmo por parte dos atores envolvidos. • Estigma da medicalização como potencializador da performance • A relação pouco empática do médico para como o paciente • A busca do diagnóstico como validação para justificação da baixa performance • A busca de grupos de apoio como acolhimento e compreensão social • A transferência da responsabilidade educativa unicamente centrada na escola • A interferência do meio social no comportamento do indivíduo como características dos familiares envolvidos. • O efeito positivo do medicamento, quando na verdade atribui-se este fenômeno ao diagnóstico
Fátima	<ul style="list-style-type: none"> • O PHDA não é uma condenação, no entanto não há como superá-lo. • O diagnóstico como validação da falta de foco e atenção • A falta de foco, atenção e distração sendo consideradas como incapacitantes

	<ul style="list-style-type: none"> • O reconhecimento da falta de informações sobre o PHDA por parte dos (as) profissionais de saúde • O desconhecimento do PHDA em adultos • Há existência de desinformação e informações controversas sobre o PHDA que gera um sentido de irresponsabilidade na divulgação das informações encontradas na rede • A falta e reconhecimento do diagnóstico por parte dos familiares mais distantes • Eventos como separação e divórcio como gatilho potencializador de sintomas • Atribuir a melhora na qualidade de vida, na convivência do diagnóstico a partir de terapias e medicação.
Manoela	<ul style="list-style-type: none"> • A escola como fomentadora do <i>bullying</i> através de práticas e didáticas inadequadas e tradicionais • A incompreensão por parte da escola e familiares sobre as adaptações e mudanças na vida do indivíduo • A ausência do sentido real de pertencimento a uma rede de apoio • A ausência do reconhecimento de um diagnóstico que justifique o comportamento desviante do indivíduo • O conflito do reconhecimento do “normal x anormal”. A atribuição do anormal a aquilo que é aparentemente visível. • O drama da hiperatividade feminina, não é esperado que uma menina aja como um menino • A pressão social do papel da mãe e a baixa autoestima gerada pelo descumprimento da mesma • A frustração de atender as expectativas do mercado de trabalho, familiares e da sociedade em geral • Traumas na infância como gatilho para o PHDA na mulher adulta <p>A busca de novas técnicas e metodologias terapêuticas em substituição a medicalização</p>
Isabel	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa autoestima por sentir-se diferente • Exigência de alta performance por parte da família • Atribuiu uma melhora na sua autoestima ao uso de drogas • O diagnóstico foi realizado na mesma circunstância de diagnóstico do filho • A medicalização como fundamental para uma melhor qualidade de vida, embora assumo os temores com seus efeitos. • Considera tarefas de gestão como desafiante devido a hiperatividade contínua.

O quadro nos norteou para a definição das componentes que seriam distribuídas entre as etapas do processo de diagnóstico. Assim, identificámos as falas e/ou depoimentos que remeteriam para as componentes selecionadas, assim como os atores sociais nelas/neles envolvidos.

3.3 Representação do PHDA sobre a perspectiva das participantes

Deste questionamento surgiram depoimentos que evidenciaram ser a “Regulação” um estado de “ser” condicionante, que as leva à “Frustração” e, posteriormente, ao “Estigma”.

Conforme ilustrado no quadro Temático (Quadro 2) a seguir, estas componentes apresentam linearidade entre elas. Sendo a “Frustração”, a “Condição” e o “Estigma” temas simbólicos do que seria ter “PHDA e ser mulher”. Enquanto, todas estas componentes estão diretamente relacionadas à “Regulação” como uma “Condição” admitida por elas através de suas histórias de vida que, especificamente, denunciam pouca ou quase nenhuma “Visibilidade” do tema em questão.

O quadro temático, entretanto, foi constituído a partir da seleção de falas das participantes, produto das análises realizadas por intermédio do processo interpretativo das

pesquisadoras representado pelo Quadro 2 – Representação do PHDA (Apêndice IV). No material recolhido foram selecionadas as falas que a nosso ver melhor expressam os significados do PHDA para cada participante.

No Quadro 2 - Representação do PHDA sobre a perspectiva das participantes (Apêndice IV) a participante Ana relata não ter um “botão de regulação”. Ou seja, um autocontrole, que pode ser relacionado diretamente com a “impulsividade”, descrita pela participante Raquel. Vale ressaltar, que a impulsividade é reconhecida como um dos sintomas do PHDA, conforme destacamos anteriormente no Capítulo I.

Para Manuela, o PHDA “é uma deficiência não aceita”, o que denota a ausência de visibilidade social que este grupo de indivíduos possuem. Eles não são “vistos como devia”, afirma ela, o que reflete a dificuldade de serem aceites pela sociedade.

Conseqüentemente, a ausência de visibilidade relacionada ao PHDA, somada à representação de “ser mulher” na sociedade contemporânea, gera um sentimento de “Frustração”, quando revelam a dificuldade em corresponder às demandas e pressões sociais que lhes são apresentadas. Conforme ratifica Manoela: “Essa pressão entra para a pessoa e a pessoa vive um grande grau de frustração e depois isso gera uma série de problemas de autoestima porque a pessoa não consegue cumprir”.

A mesma participante evidenciou que o “Estigma” se faz ainda mais presente no contexto feminino, pois:

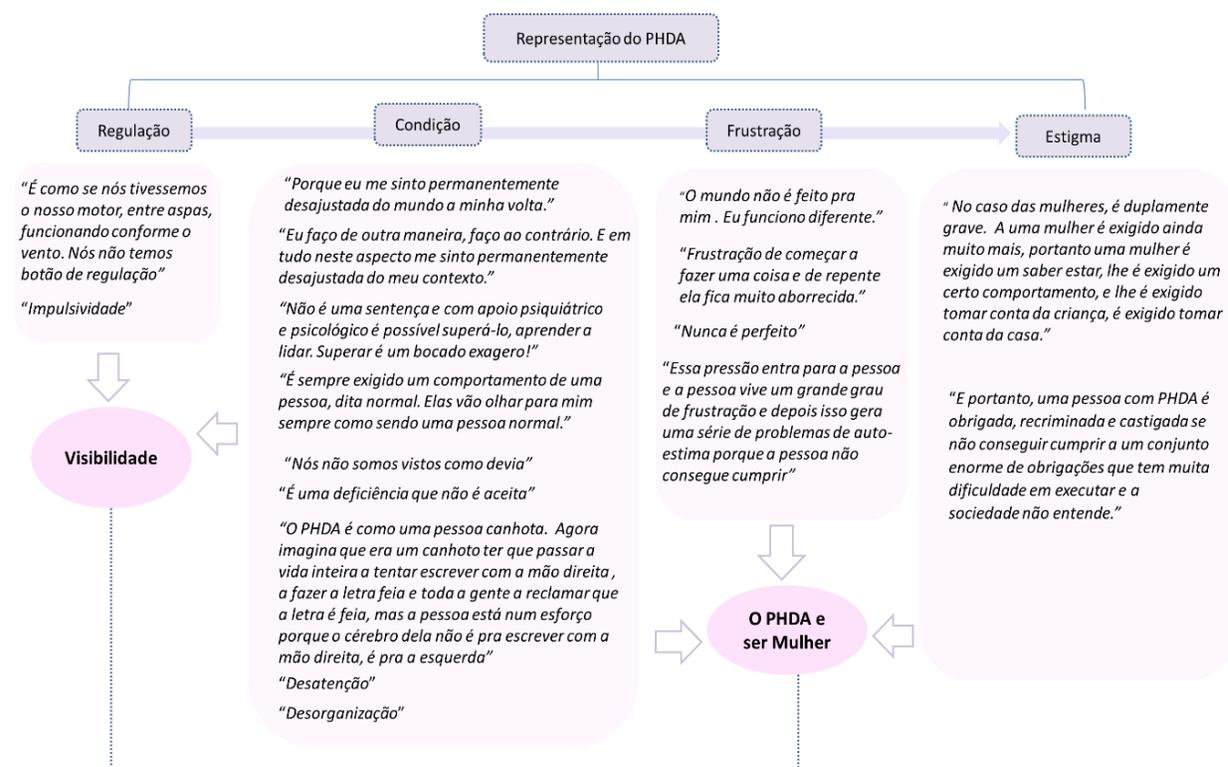
(...) no caso das mulheres, é duplamente grave. A uma mulher é exigido ainda muito mais, portanto uma mulher é exigido um saber estar, lhe é exigido um certo comportamento, e lhe é exigido tomar conta da criança, é exigido tomar conta da casa. (Apêndice IV)

Portanto, estes discursos não fazem mais que despertar em nós consciências de que estamos perante a um grave problema, ainda pouco discutido que é se não a imprecisão e nebulosidade do diagnóstico, por conseguinte a carência de seu reconhecimento e à vista disso, a garantia de direitos. Por outro lado, os depoimentos demonstram que no caso do PHDA, mesmo ao reconhecer sua diversidade pode ser ainda mais exclusivo e estigmatizante.

Por fim, o estigma da “doença” pode excluir o indivíduo, social, afetiva e educacionalmente. Manuela admite ainda que “uma pessoa com PHDA é obrigada, recriminada e castigada se não conseguir cumprir a um conjunto enorme de obrigações que tem muita dificuldade em executar e a sociedade não entende.”

Sabe-se que muitas vezes, profissionais de saúde e as autoridades eximem-se de sua responsabilidade, entretanto, parece conveniente concentrar razões e motivações dos “problemas” aos próprios indivíduos. O que acaba por desviar a atenção às questões de foro médico, cuja intervenção, a nosso ver, é urgente.

Quadro 2- Quadro Temático



3.4 “Eu” pré-diagnóstico

Conforme ilustrado no quadro temático (Quadro 3), fez-se presente temas que nos remeteram às características dos contextos e situações descritos por elas. As componentes “Regras”, “Controle”, “Capacidade” e “Desempenho” elucidam o ambiente escolar. Assim como a componente “Estereótipos” que revela como seus comportamentos e suas características eram encaradas neste ambiente. A escola e a família são os atores sociais envolvidos, desempenhando papéis fulcrais na construção do “eu” anteriormente ao diagnóstico.

O quadro temático referido foi construído segundo trechos das narrativas das participantes, produto das análises realizadas por intermédio do processo interpretativo das pesquisadoras representado pelo Quadro 3 – “Eu” pré-diagnóstico (Apêndice V). No

material recolhido foram selecionadas as falas que objetivaram expressar as dinâmicas existentes entre as componentes e seus significados, neste quadro em particular são elas: “Regras”, “Controle”, “Capacidade”, “Desempenho” e “Estereótipos”. A cada uma destas componentes foram atribuídos os discursos considerados de maior relevância a partir de cada entrevistada, optou-se posteriormente por elencá-los conforme ordem cronológica das entrevistas, não somente neste quadro como os que se seguem nos Apêndices VI e VII, respectivamente.

Ao analisarmos o quadro supracitado observa-se que as componentes se entrelaçam linearmente. As “Regras” ditadas pela escola exercem ou exerceram um “Controle” sobre as entrevistadas. Nota-se, ainda, que ao não atender às expectativas estabelecidas por este “Controle”, admitem não possuir “Capacidade” suficiente, o que justificaria o mal “Desempenho”. Em virtude de não atingirem o “Desempenho” esperado, “Estereótipos” são concebidos nesta etapa do processo.

Todavia, Ana revela que em sua escola “era tudo muito, muitas regras”, que não podia “falar alto no corredor (...), brincar” e que tinha “meia hora definida, depois da meia hora definida” não podia “fazer nada”. Percebe-se o quanto o ambiente escolar de Ana era opressor, seu depoimento remete-nos ao militarismo. A realidade para a Manoela não era muito diferente, a escola apresentava-se como um lugar inóspito, a participante nos confessa que “(...) tinha ódio de ir para ali. (...) não queria ir para escola”.

No que se refere às “Regras”, as participantes mostram-se, em linhas gerais, submissas ao “Controle” escolar, que é configurado sob suas perspectivas em um ambiente controverso, que em vez de prezar pela liberdade, aprisiona, constrange e coage. Ana ao expor seu sentimento de aprisionamento, conta-nos que não tinha “liberdade” para fazer o que queria. Ao mesmo tempo que concorda com as diretrizes escolares ao confessar que seu comportamento “não é um comportamento adequado para uma sala d’aula. Uma criança está sempre a mexer-se. Onde é que está? Ali! Está debaixo das mesas, está ali, está acolá, está sempre a mexer-se”.

O desvio comportamental das participantes no âmbito escolar é interpretado como incapacidade ou ausência da “Capacidade” de atender as exigências dos programas pedagógicos. As entrevistadas acreditam, em geral, serem incapazes de cumprir com as exigências estabelecidas pelas instituições de ensino. Fátima disse-nos ter começado a “ficar desesperada, porque se (...) “chumbasse” mais uma vez na faculdade não podia matricular.”

Por outro lado, curiosamente, a presença de um diagnóstico pode até mesmo influenciar na escolha profissional da participante Paula que nos disse: "(...) eu sempre quis medicina, aliás queria especificamente neurologia. Porque eu tenho diagnóstico de epilepsia e quando fiz o eletrocéfalograma fiquei fascinada com aquilo, como aquilo sabe que eu estou a piscar os olhos se não me estar a ver."

Não obstante, é a partir da "Capacidade" que surge então a preocupação com o "Desempenho", componente que demonstra uma exigência social e educacional mercadológica, responsável por alimentar o consumo da performance, anteriormente detalhado no Capítulo I. Entretanto, nota-se que existe um anseio nas participantes, que é adicionado a um grande esforço da parte delas em atingir o inatingível, como certifica o depoimento de Paula: "Porque queriam que eu fosse melhor".

E esta busca incessante pela melhor performance é, surpreendentemente, estimulada por professores (as):

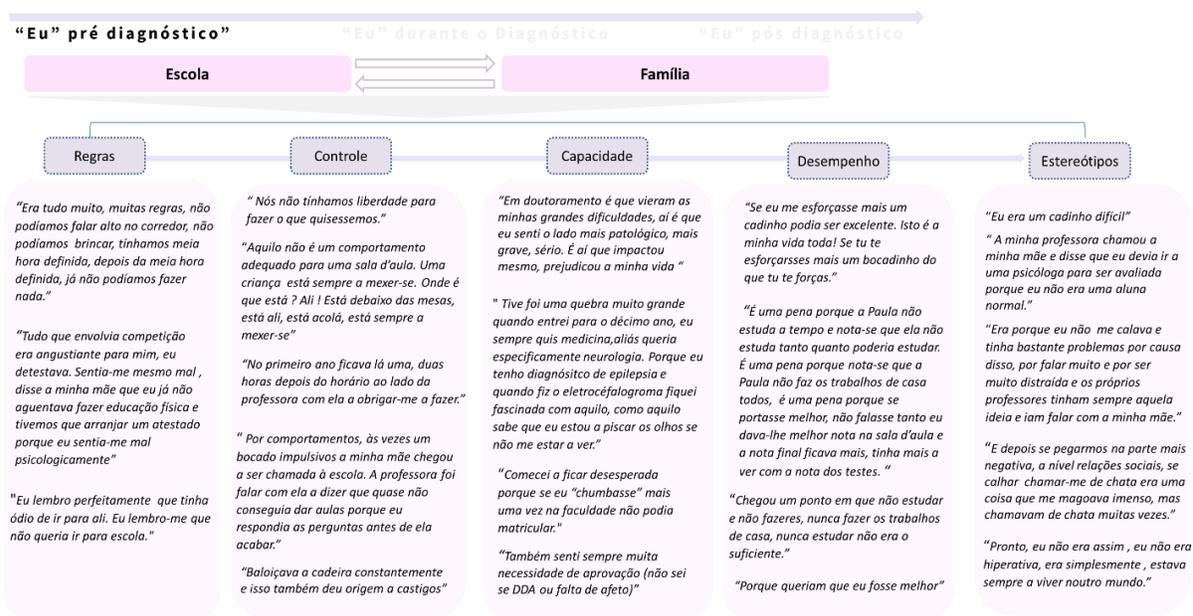
É uma pena porque a Paula não estuda a tempo e nota-se que ela não estuda tanto quanto poderia estudar. É uma pena porque nota-se que a Paula não faz os trabalhos de casa todos, é uma pena porque se portasse melhor, não falasse tanto eu dava-lhe melhor nota na sala d'aula e a nota final (...) tinha mais a ver com a nota dos testes (Apêndice V)

O não atingimento desta "melhor" performance e/ou desempenho fomenta a criação de "Estereótipos" que acabam por influenciar naquilo que elas acreditam ter contribuído para a formação de suas identidades. A participante Paula, por exemplo, revela ter sido por muito tempo rotulada como "chata": "E depois (...) a nível relações sociais, (...) chamar-me de chata era uma coisa que me magoava imenso, mas chamavam-me de chata muitas vezes."

Ao passo que, Sara não era considerada "normal" pela própria professora: "A minha professora chamou a minha mãe e disse que eu devia ir a uma psicóloga para ser avaliada porque eu não era uma aluna normal."

A temática "normalidade" parece ainda estar aquém da escola, que se mostra, como já discutido anteriormente, limitada aos referenciais de normatividade ao não acolher a subjetividade de seus (as) alunos (as).

Quadro 3- Quadro Temático



3.5 “Eu” durante o diagnóstico

No quadro temático (Quadro 4), as componentes “Motivações”, “Serviço de Apoio Pedagógico” e “Avaliação” narram o processo de como as participantes chegaram até os (as) profissionais de saúde. Em resumo, esta etapa pode ser traduzida como aquela em que as participantes e suas famílias buscaram ajuda profissional para a obtenção do diagnóstico. Por sua vez, as componentes “Resultado” e “Validação do diagnóstico” indicam o encerramento desta etapa, que tem seus efeitos ao longo do processo, nomeadamente no Quadro V- “Eu” pós-diagnóstico.

Assim como os Quadros 2 e 3, o Quadro 4 pode ser interpretado através das referências das entrevistadas às componentes dispostas no Quadro 4 – “Eu” durante o diagnóstico (Apêndice VI). Nesta etapa, foram criadas componentes para a disposição dos dados extraídos considerados relevantes para a representação desta fase do processo, são elas: “Motivações”, “Serviço de Apoio Pedagógico”, “Avaliação”, “Resultado” e “Validação do diagnóstico”. Neste quadro ponderou-se não somente a relevância dos depoimentos, mas também como e quando as componentes designadas foram mencionadas ou referenciadas.

À vista disso, constata-se que no quadro supracitado são apresentadas as “Motivações” relatadas pelas entrevistadas, para além de termos a participação de novos atores sociais, como os (as) profissionais de saúde, que junto aos “Serviços de Apoio

Pedagógico” realizam a “Avaliação” diagnóstica do PHDA, originada nas demandas dos pais e da escola. A “Avaliação” conclui que são portadoras do PHDA, posteriormente há a “Validação do diagnóstico” pela família e pelas próprias entrevistadas. Esta ilustração, assim como dos quadros temáticos anteriormente disponibilizados, respeita a lógica linear e consequencial das componentes.

No Quadro IV – “Eu” durante o diagnóstico (Apêndice VI), as motivações surgem no contexto escolar. A partida, são professores (as) que relatam seus comportamentos em sala d’aula para “mães” de quase todas as entrevistadas.

A participante Ana descreve a fala de sua professora ao sinalizar sua mãe: “Eu tenho suspeitas que a Ana tenha déficit de atenção (...) e dislexia porque ela comete muitos erros.” Manoela relata que sua mãe foi sinalizada pela professora, devido ao seu mal desempenho acadêmico. A participante descreve que sua professora disse a sua mãe que “devia procurar um médico especialista para tentar perceber o que se estava a passar” porque Manoela “não era normal” que “ não era aluna para ter cincos” e estava com “negativas e três a continha, portanto notas vermelhas”.

O percurso de Raquel é diferente comparado ao das outras participantes. Devido ao facto de ser mãe, a entrevistada suspeitou ser portadora de PHDA ao observar o comportamento de seu filho, conforme relatado em seu depoimento:

Quando o meu filho estava a estudar para os exames para o acesso à universidade, reparei que havia sempre uma força maior que não o deixava estudar. Sempre identifiquei nele as minhas características de desatento. Nessa altura, comecei a ler sobre o tema e tudo começou a fazer sentido. (Apêndice VI)

Por conseguinte, os “Serviços Médicos das Instituições” demonstraram-se por meio das histórias narradas como sendo consideravelmente atuantes, uma vez que são mencionados na maior parte das narrativas, porém através dos relatos, verifica-se que apresentam pouco ou quase nenhum protagonismo, nomeadamente no que diz respeito às relações entre educadores(as) e família. Percebe-se que exercem um papel de “triagem”, como aquele que se antecede à avaliação médica. Ana foi levada aos Serviços de Psicologia, por intermédio de sua professora que aconselha sua mãe a “levá-la aos serviços da psicologia da escola, pra ver o que é que está a passar”. A participante conta-nos que sua mãe concordou em levá-la ao Serviços da Psicologia para uma “avaliação psicológica” após recomendação de sua professora.

Fátima, em contrapartida, diz ter ela mesmo encontrando “os serviços na universidade”. Inclusive, enfatiza que no seu caso encontrou um tipo de serviço diferenciado denominado “a consulta no jovem adulto”.

Na componente “Avaliação” nos é desvelado certa superficialidade nos testes psicológicos, por exemplo, quando Ana diz-nos lembrar “muito bem o dia específico” de sua consulta e que “foi uma coisa rápida e simples”.

Ao passo que Fátima ao contar-nos sobre sua experiência com a consulta médica evidencia, surpreendentemente, a escassez do conhecimento técnico sobre o diagnóstico do PHDA da parte do profissional de saúde: “O primeiro psiquiatra com quem eu falei, estava a pesquisar a minha frente se podia haver PHDA no adulto, porque pensava que era só nas crianças”.

Na narrativa de Paula, por sua vez, podemos observar que existe uma desconfiança da parte do profissional de saúde que denota, ainda que discretamente, a busca do medicamento como otimizador da performance, quando o mesmo dirige-se à entrevistada e diz:

Eu não estou a perceber porque está a vir aqui. Então se a Paula sempre foi distraída, sempre teve problemas em realizar aquilo que queria, porque é que está a ir agora ao fim de vinte e dois anos. Agora que está já no Mestrado, se calhar já vai acabar agora a faculdade. Vem, vem pra que agora? Ao fim de vinte e dois anos, sempre foi distraída, pronto continua assim. (Apêndice VI)

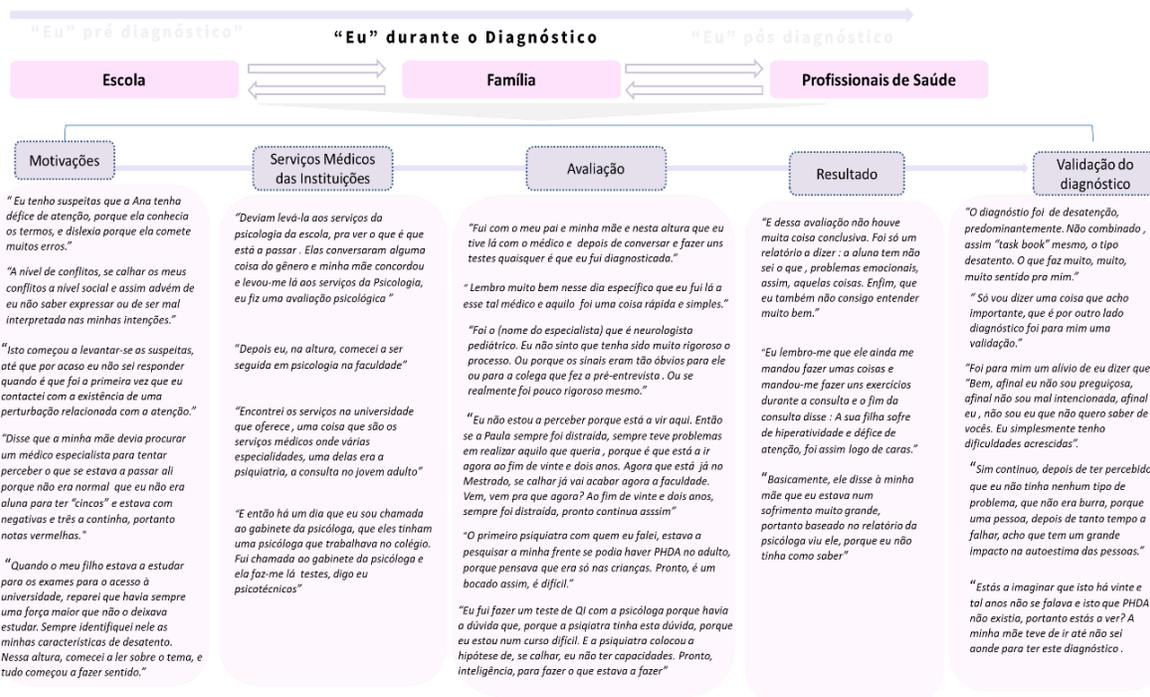
Como resultado da “Avaliação”, que conforme narrado pelas participantes resumem-se a testes psicológicos, Ana declara não haver “muita coisa conclusiva. Foi só um relatório a dizer: a aluna tem não sei o que, problemas emocionais”.

Em nenhum dos depoimentos verificou-se a participação das entrevistadas no processo de “Avaliação”, que em sua maioria, resumiu-se em relatórios oriundos dos “Serviços Médicos das Instituições”. Neste sentido, mediante a fala de Manuela podemos identificar esta negligência: “Basicamente, ele disse à minha mãe que eu estava num sofrimento muito grande, portanto baseado no relatório da psicóloga viu ele, porque eu não tinha como saber”.

Por último, embora o processo até aqui tenha sido realizado de forma pouco consistente, surge o fenómeno da “Validação do diagnóstico” em que as participantes compartilham experiências emancipadoras e aliviadoras, todavia saibamos que ainda que subconscientemente declarem que estão inscritas em um rol condenatório. A participante Sara, por exemplo, ao detalhar seu diagnóstico afirma que “faz muito sentido”, enquanto

para Paula é um “alívio”, quando se há a possibilidade de justificar por meio do diagnóstico não ser “preguiçosa” ou “mal-intencionada”.

Quadro 4- Quadro temático



3.6 “Eu” pós-diagnóstico

No quadro temático (Quadro 5) as componentes remetem a etapa do processo em que as entrevistadas já foram diagnosticadas. As componentes “Tratamento medicamentoso” e “Tratamento medicamentoso” referem-se como o tratamento se deu e quais foram os seus efeitos.

Enquanto, a componente “Validação do diagnóstico” assume como estes tratamentos foram encarados pelas entrevistadas, ao passo que em “Dimensões Sociais” narram como estes processos foram acolhidos pela família ou como lidam com situações específicas como a maternidade. A componente “Participação em redes sociais” revela as motivações que as fizeram participar de grupos de apoio em redes sociais, nomeadamente no *Facebook*.

Assim como para a ilustração dos quadros temáticos precedentes, construímos o Quadro 5 - “Eu” pós-diagnóstico (Apêndice VII), que nos possibilitou organizar menções e referências que nos remetessem a última fase do ciclo diagnóstico em meio aos factos narrados pelas participantes. Desta forma, agrupamos os dados e distribuímos em

componentes: “Tratamento Não medicamentoso”, “Tratamento medicamentoso”, “Validação do diagnóstico”, “Dimensões Sociais” e “Participação em redes sociais”. Para cada uma das componentes, reunimos palavras e discursos que julgamos consistentes para a fundamentação da análise temporal do diagnóstico, respeitando a pluralidade das circunstâncias das experiências narradas.

Ao analisarmos o significado destes agrupamentos, atentamos que nesta última etapa do processo novos atores sociais são envolvidos, assim como se percebe uma maior participação do sujeito no processo do diagnóstico, que passa a interpelar profissionais de saúde, a reconfigurar sua postura diante da família, trabalho e relações sociais em geral, assim como a busca em pertencer a grupos cujos participantes enfrentam as mesmas problemáticas, principalmente no que concerne em ser um(a) portador(a) de PHDA.

Nestas condições, buscou-se organizar linearmente as componentes tal como nos Quadros temáticos supracitados, entretanto admitindo que não há uma sequência entre “Tratamento Não Medicamentoso” e “Tratamento Medicamentoso”, embora comprovássemos que a partir dos dados deste estudo são interdependentes ao mesmo tempo que estão correlacionados. É importante ressaltar que todas as entrevistadas experienciaram o “Tratamento Medicamentoso” em ao menos em uma das etapas do processo.

No Quadro V – “Eu” pós -diagnóstico (Apêndice VII), na componente “Tratamento Não Medicamentoso” as participantes narram suas experiências com as terapias. Somente Manoela declarou ter, além da terapia tradicional, experienciado a prática de atividades físicas como terapia complementar, quando a mesma apresentava hiperatividade em idade escolar. Manoela confessou-nos que só recorreu ao tratamento medicamentoso anos após a conceção do diagnóstico, inclusive nos descreveu detalhes sobre as recomendações do médico à sua mãe quando criança:

Você vai inscrever a sua filha em todas as atividades físicas que existirem, que derem pra ocupar o tempo todo, mesmo até a noite se for preciso, vai enfiá-la em tudo o que é atividade que ela goste, que ela queira. Meta em todas as atividades três, quatro, cinco vezes por semana (Apêndice VII).

À medida que Sara enfatiza a importância do trabalho terapêutico em sua jornada: “A nível emocional, eu acho que houve um grande trabalho a nível da terapia, houve um

grande trabalho entre mim e a minha psicóloga”. Tanto Manoela como Sara revelam em suas narrativas o quão positivo podem ser os efeitos do “Tratamento Não medicamentoso”.

No que tange à componente “Tratamento medicamentoso”, as participantes descrevem como convivem com a medicação. Sara afirma que a medicação lhe ajudou a lidar com a maternidade, além de sentir-se mais a vontade consigo mesma: “A medicação eu acho, não só na maternidade, mas em tudo permite-me ser mais eu e permite-me conseguir aquilo que eu, consigo ser mais eu, fazer mais”. Além disso, a entrevistada diz-nos que a medicação contribuiu para mudanças positivas em “quase” todas as áreas de sua vida, que houve áreas de sua vida “que mudaram completamente com a medicação e outras onde ela mal toca”.

Em contrapartida, Fátima admite que o efeito não foi imediato: “Foi muito melhor, não. É assim, ao início parece que não faz efeito, mas está a fazer”. Em geral, os bons resultados são atribuídos a melhora na concentração, conseqüentemente, na performance acadêmica e profissional.

O fenómeno “Validação da medicação”, considerado uma das componentes nesta etapa do processo, reflete no reconhecimento dos efeitos positivos que a utilização da medicação possui. Raquel, resumidamente, ressalta que ao utilizar a “Ritalina” sentiu-se como se tivesse começado “a usar óculos”, a participante descreve “um novo mundo” ao seu redor a partir da utilização do medicamento.

Enquanto, Paula revela “receio” frente às alterações psicológicas que poderiam surgir: “Eu estava com receio que isto fosse alterar alguma coisa, assim a nível de personalidade, mas eu estava muito curiosa”. Porém, ainda assim, demonstrou curiosidade em experienciar o que é o “dia de alguém concentrado”. O que para ela só poderia ser possível mediante a medicação.

Os efeitos medicamentosos não se esgotam nas entrevistadas. Há aqui relatos das “Dimensões sociais” envolvidas, componente que designamos posteriormente. Quando questionada como se deu a maternidade, Sara narra-nos uma experiência de superação, de alta autoestima e plena capacidade, como se a própria maternidade tivesse sido para si uma terapia:

A maternidade foi um encontro, uma confirmação de facto que isto era uma coisa que eu era boa e que eu conseguia fazer bem, que eu era capaz, tão capaz, mais capaz do que em qualquer outra coisa que não me senti na minha vida. Isto sem medicação, sem diagnóstico formal ainda (Apêndice VII).

Raquel confessa que no âmbito familiar o diagnóstico ainda é tabu: “Os meus familiares não sabem. Tentei abordar o tema, mas eles têm a convicção que PHDA e outras perturbações comportamentais são apenas desculpas para se ser medíocre”, o que reafirma a condição estigmatizante do diagnóstico. E ainda demonstra que o PHDA poderá percorrer até às questões de sexualidade, ao revelar ter a “sexualidade pouco ortodoxa”.

Paula, por outro lado, relata a preocupação de seu psicólogo com sua carreira profissional ou como ela mesma menciona: “mercado de trabalho”. Deste modo, constata-se que a preocupação antes conferida ao percurso escolar é transferida a performance profissional. Ao questionarmos Fátima, que iniciou recentemente uma atividade profissional, sobre como andava sua performance no trabalho, a participante contou-nos que não havia encontrado dificuldades com as demandas. Conclui-se, então, a plena capacidade que a participante possui para o exercício de sua função: “O trabalho é bastante, consigo até fazer o tal *hiperfocus* no trabalho, porque eu gosto do que faço e acaba por ser sugada para o que estou a fazer”.

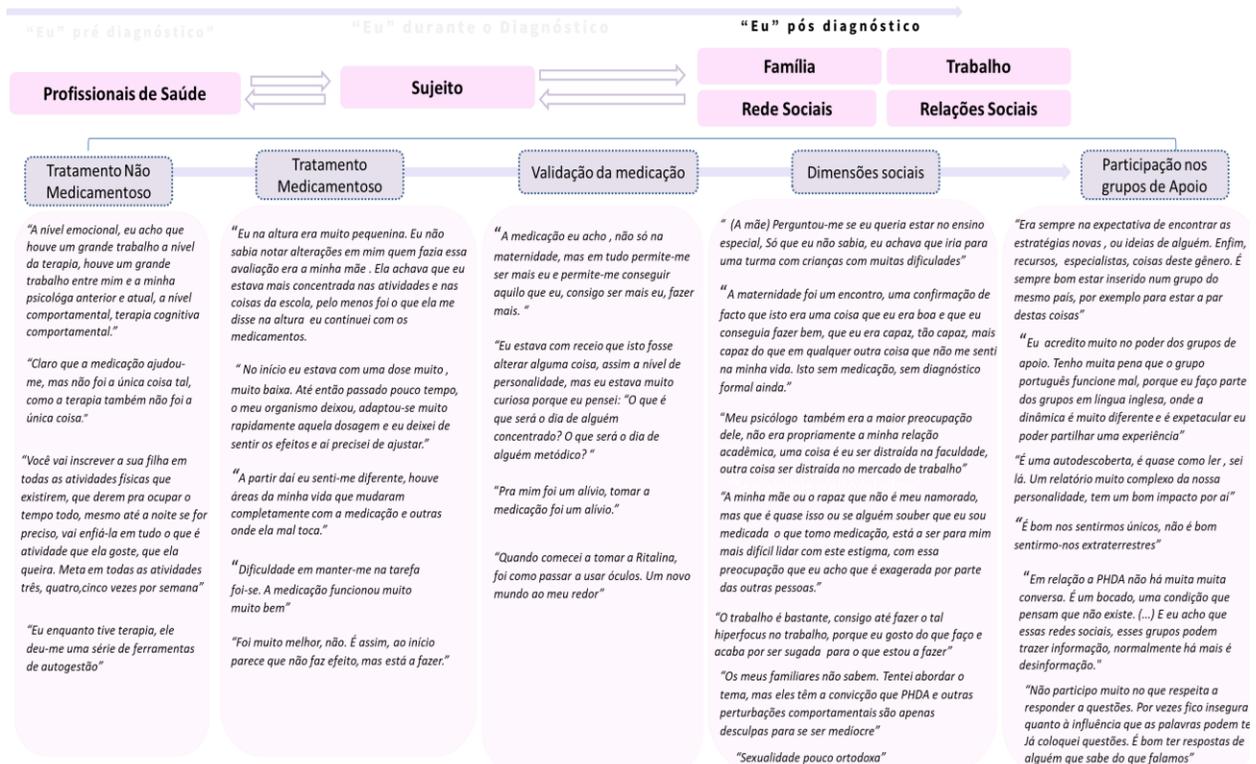
Por fim, a última componente nos traz relatos sobre as motivações que as levaram à “Participação nos grupos de Apoio” em redes sociais. Sara, curiosamente, nos narra que acredita “muito no poder dos grupos de apoio”. Porém, tem “muita pena que o grupo português funcione mal”. Em comparação aos “grupos de língua inglesa”, a participante diz-nos que “a dinâmica é muito diferente e é espetacular (...) poder partilhar uma experiência”. A narrativa de Sara demonstra que o sofrimento pode lhe aparecer, ainda que por instantes, agradável e apaixonante, ainda que em suas outras falas demonstre limitações e deficiências, como a que deu título a esta dissertação: “O mundo não foi feito pra mim. Eu funciono diferente”.

Testemunhamos ainda a partir de seu depoimento que as diferenças culturais parecem implicar diretamente na partilha de informações e experiências e até mesmo sobre possíveis influências ao empoderamento, nomeadamente em nível coletivo conforme anteriormente discutido.

Ao passo que Ana ao buscar por estes se coloca “na expectativa de encontrar as estratégias novas (...) Enfim, recursos, especialistas, coisas deste gênero”. A participante complementa ainda que “é sempre bom estar inserido num grupo do mesmo país, por exemplo para estar a par destas coisas”. Retomamos novamente ao discurso acerca das questões territoriais e coletivas, o que denota a busca pelo sentido de pertença mencionado no Capítulo I.

Em compensação, há também a preocupação com o serviço que estes grupos podem trazer. Neste sentido, Raquel afirma preferir não participar assiduamente “no que respeita a responder a questões”, pois sente-se “insegura quanto à influência que as palavras podem ter”. Sendo assim, a entrevistada acredita ser “bom ter respostas de alguém que sabe do que falamos”. A mesma preocupação é manifestada por Fátima que afirma que os grupos podem ajudar a “trazer informação”, porém “normalmente há mais é desinformação.”

Quadro 5- Quadro Temático



3.7 A jornada cíclica da construção do diagnóstico

O quadro temático (Quadro 6) que se segue pretende ilustrar, sob uma perspetiva cíclica, como se deu a jornada das participantes, considerando as similaridades na cronologia dos acontecimentos em suas narrativas.

Destacamos nesta representação todos os atores e fenómenos sociais que se apresentaram durante suas narrativas, particularmente, quando questionadas sobre o que o PHDA representava em suas vidas. Deste modo, como desempenharam seus papéis

durante o processo de diagnóstico. Para além de intencionarmos demonstrar como os temas e componentes emergiram ao longo da trajetória.

Do ponto de vista cronológico, constatamos que o ciclo se inicia nas demandas escolares. A escola estabelece “Regras” de comportamento associadas à “Normatividade”, em outros termos, a escola determina as fronteiras do normal e anormal mediante às indicações sociais como previamente referimos. Sendo considerado um comportamento desviante ou anormal aquele em que a aluna apresentou traços de hiperatividade ou dificuldades de aprendizagem, sendo a última diretamente relacionada à “Atenção”. Num segundo momento, ao não atender a “Expectativa” da escola, que assume ser estes comportamentos responsáveis pelo insucesso no “Desempenho Acadêmico”, as participantes, em sua maioria, são encaminhadas ou recorrem por conta própria aos “Serviços Médicos das Instituições” que ao se responsabilizarem pela intervenção sinalizam famílias sobre o comportamento de suas filhas, em parceria com a Escola, pautando-se na legitimidade do discurso pedagógico. Discurso este que assume preocupações no que tange à “Capacidade” acadêmica e, posteriormente, profissional (“Mercado de trabalho”) de suas alunas. Em seguida, as entrevistadas e suas famílias partem em busca de um “Diagnóstico” que justifique o desvio de suas performances e comportamentos em comparação ao de outros alunos (as).

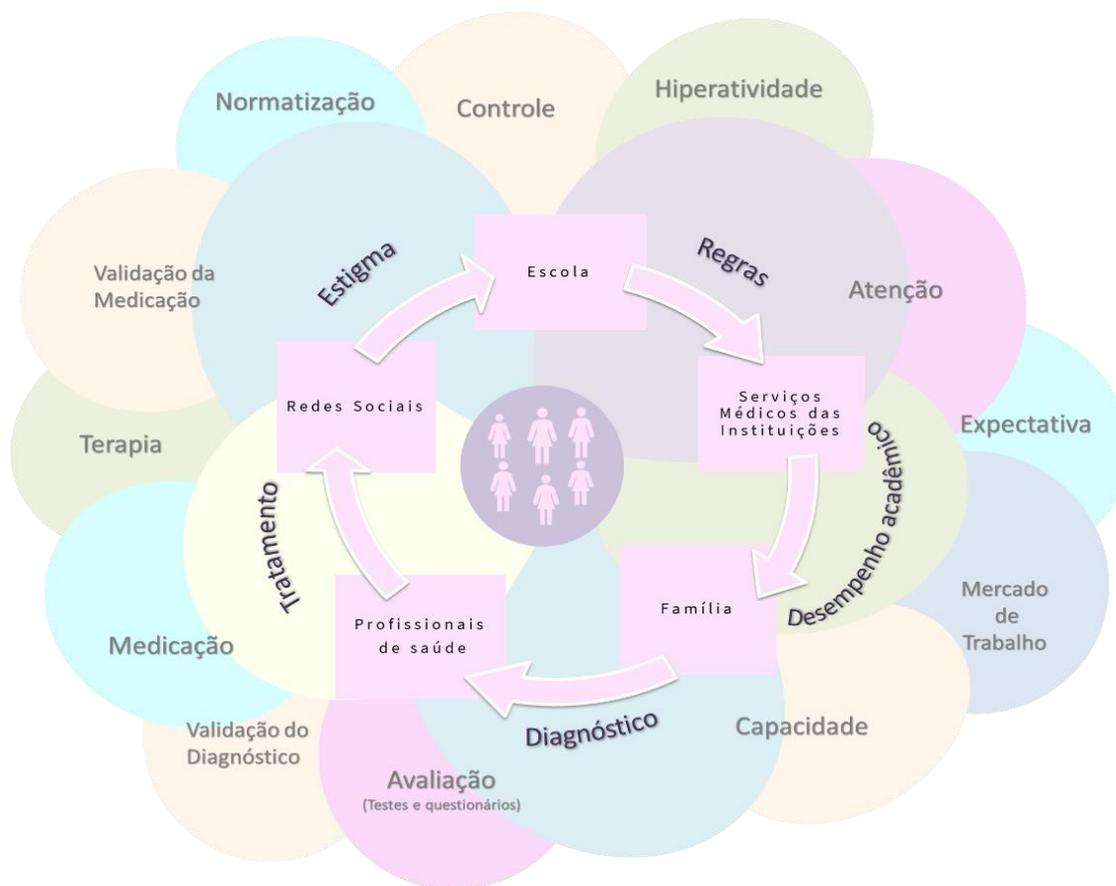
Nesta etapa, “Profissionais de saúde”, das mais diversas especialidades, realizam a “Avaliação” por intermédio de testes psicológicos, que adicionados a relatórios elaborados pelos “Serviços Médicos das Instituições” corroboram na “Validação do diagnóstico” pelo foro médico no seu consentimento, quase que naturalmente, por parte das diagnosticadas.

Para a mitigação do problema um “Tratamento” é indicado, este poderá ser ou não medicamentoso, ou até mesmo misto. Evidenciamos, em grande parte das narrativas, a “Terapia” e a “Medicação” como recursos utilizados a fim de findar a problemática, como se ambos bastassem para tal. Ao confirmarem a efetividade do tratamento e a melhora na performance acadêmica e no seu bem-estar, nomeadamente nas relações sociais, as participantes atestam a “Validação da Medicação”, embora narrem episódios que denunciam vivências estigmatizantes, que vão desde a “Validação do Diagnóstico” até a utilização de medicamentos, percorrendo todo o ciclo diagnóstico.

Por fim, ao procurar perceber e ter uma maior compreensão sobre si ingressam em comunidades virtuais, grupos de apoio sobre o tema. No entanto, utilizam “Redes Sociais” como recurso na esperança de encontrarem “iguais”, entenderem se os outros membros destas comunidades *online*, confrontam as mesmas dificuldades, se possuem ou fazem

uso de técnicas ou ferramentas que lhes proporcionem uma melhor qualidade de vida. De facto, constata-se que foram levadas a estas redes devido ao “Estigma” sofrido durante a jornada diagnóstica. Contudo, percebemos por meio dos relatos, que as participantes procuravam estes grupos com a finalidade de encontrarem um sentimento de pertença, mencionado no Capítulo I.

Quadro 6 – Quadro Temático



3.8 Disposição ecológica dos temas

O quadro temático (Quadro 7) ilustrado a seguir propõe um olhar sob uma perspectiva teórica, em congruência com os temas tratados neste estudo, juntamente às componentes emergidas através da análise de dados, como estes conteúdos estão organizados e conectados ecologicamente. Para além das dimensões sociais exploradas, que partem do nível individual ao coletivo, nota-se a consonância aos objetivos iniciais deste estudo.

Podemos concluir que no que concerne ao diagnóstico da mulher adulta em Portugal, em base aos dados analisados neste estudo e aos objetivos pelos quais nos

comprometemos perseguir é que todos os temas descritos anteriormente entrelaçam-se, para melhor compreender como estão agrupados, propomos um olhar a partir de três níveis conforme a participação dos atores sociais.

O primeiro deles, o nível do “Sujeito” observou-se entre os factos narrados, que o indivíduo ratifica ser a doença um fardo a carregar que, como mencionado pela participante Fátima não “há cura”, ao mesmo tempo que “não é uma condenação”, quando indagada sobre a representatividade do PHDA.

Os seus pontos de vista acabam por serem tanto moralistas quanto punitivos, em virtude de trazer consigo a conotação de que o diagnóstico influencia na configuração do carácter e da personalidade. Por intermédio das narrativas, nota-se que o próprio indivíduo colabora para construção social de sua enfermidade ao culpabilizar a si mesmo por tê-la e não compreender a amplitude da dimensão social que nela consiste. No quadro a seguir, observamos que o “Estigma”, resultado da “Validação do diagnóstico” aglutina-se à “Medicação”, que por sua vez, emenda-se ao “Controle”.

O segundo nível, no Quadro 7, ilustra a interferência da “Escola”, da “Família e dos (as) “Profissionais de saúde” em suas trajetórias diagnósticas. Neste círculo, a participação destes atores é determinante para que os indivíduos cheguem às respostas aos questionamentos que passam a vida a perseguir até encontrarem, como Paula menciona “um relatório completo” da sua própria “personalidade” e quando o encontram consideram-no como uma “autodescoberta” (Apêndice VII). De facto, associam esta descoberta ao atestado de enfermidade que lhes é, primeiramente, concebido por professores (as), confirmado pela comunidade médica e admitido pela família, embora nem sempre seja “aprovado” pela última, como descrito pela mesma participante ao contar-nos sobre as críticas que recebe de sua mãe e namorado por fazer uso da medicação:

A minha mãe ou o rapaz, que não é meu namorado, mas que é quase isso, ou se alguém souber que eu sou medicada ou que tomo medicação, está a ser para mim mais difícil lidar com este estigma, com essa preocupação que eu acho que é exagerada por parte das outras pessoas (Apêndice VII).

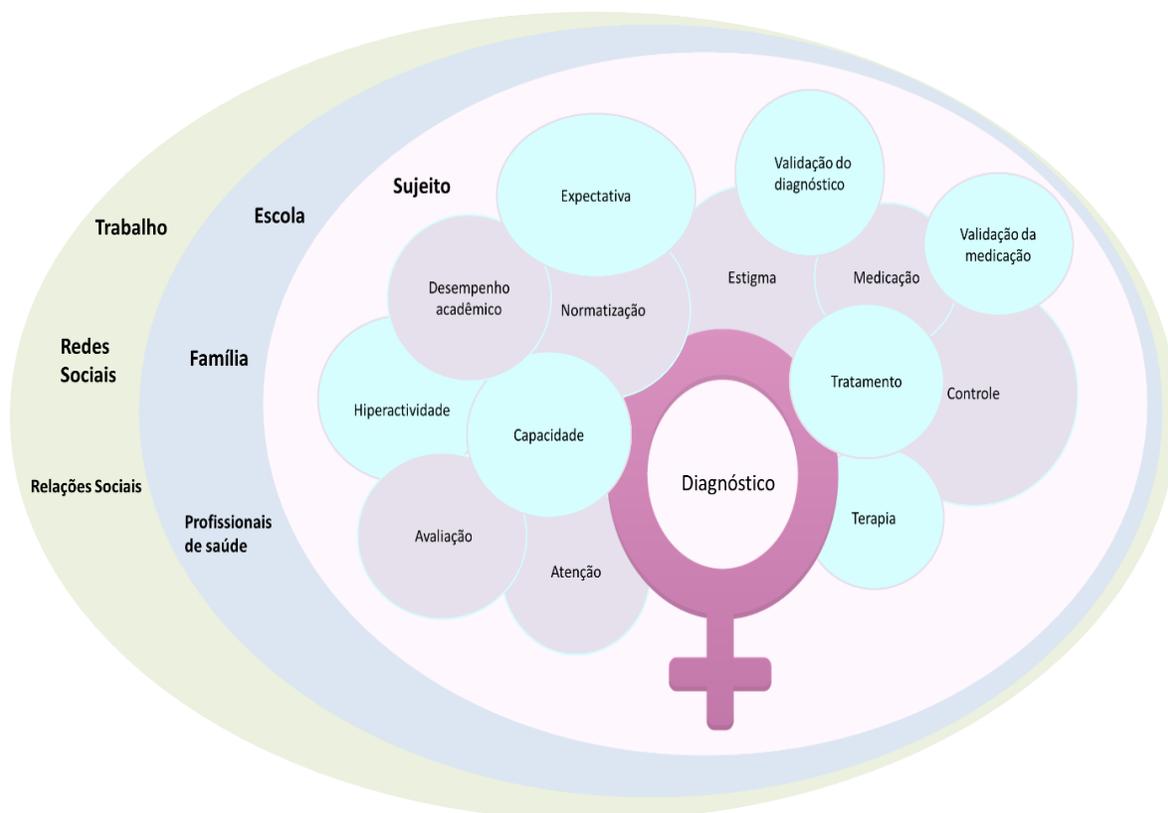
Não obstante, percebemos na ilustração a seguir que as exigências escolares perseguem um “Desempenho acadêmico” que, apoiado pelos preceitos da “Normatização”, aglutinam-se à esfera da “Capacidade” e, conseqüentemente, aos critérios da “Hiperatividade” e “Atenção”. Ao não atender a expectativa escolar, ao indivíduo lhe é

solicitado uma “Avaliação” médica que atesta a enfermidade e que prescreve um “tratamento” medicamentoso, repleto de nuances estigmatizantes.

Vale ressaltar que no primeiro e no segundo nível não há participação do “Sujeito”. Sua participação, ainda que timidamente, somente o ocorre no terceiro e último nível onde entram o “Trabalho”, as “Redes Sociais” e “Relações Sociais”, o que podemos relacionar com a última etapa do ciclo diagnóstico, o “eu” pós-diagnóstico. Devido às adversidades enfrentadas saírem do âmbito escolar primário e adentrarem as relações sociais ou darem lugar as carreiras profissionais e acadêmicas, as participantes demonstraram interesse em expandir a literacia sobre o tema e trocaram experiências atestando que, apesar de implicitamente, as questões relacionadas ao PHDA não se esgotam nas indicações de tratamentos, sejam eles medicamentosos ou não.

Entretanto, não surgiram evidências de empoderamento a nível subjetivo ou coletivo, não há evidências de uma mobilização política mais ativa, em ambos níveis, no que concerne às reclamações políticas de direitos e visibilidade e, ainda, que contestem a maneira simplista em que avaliações médicas são realizadas.

Quadro 7– Quadro Temático



A análise temática dos dados apresentados neste capítulo nos permitiu analisar e reportar temas consonantes ao processo temporal do diagnóstico, que, como vimos, pode ser identificado desde sua dimensão individual até coletiva e sob diferentes perspectivas, designadamente cíclica e ecológica. Neste ínterim, procurou-se retratar, por intermédio dos quadros temáticos, as interações sociais que as mulheres portuguesas selecionadas para o estudo adquiriram durante suas histórias de vida, até mesmo antes de confrontarem-se com o diagnóstico de PHDA.

Podemos concluir que, sucintamente, o material extraído e analisado vai de encontro as temáticas que discorremos no Capítulo I. Isto significa dizer que as temáticas ponderadas neste trabalho ressoam com os depoimentos e falas encontradas no terreno, designadamente sobre o papel da escola e sobre as dinâmicas estabelecidas na contemporaneidade.

Considerações Finais

Em concordância com os objetivos propostos, consideramos que a partir dos dados explorados desvelamos todas as dimensões sociais na construção do diagnóstico de PHDA, em cada etapa do processo do diagnóstico. E assim sendo compreendemos, por meio das narrativas das mulheres portuguesas portadoras de PDHA, que a construção do diagnóstico se faz a partir do contexto escolar.

Neste contexto, especificamente, por meio dos depoimentos das participantes nota-se dificuldade na aceitação de seus comportamentos por parte da escola, pois estavam fora dos padrões estabelecidos, formatados e esperados para o atingimento do sucesso acadêmico que, quando adultas, cede lugar ao sucesso profissional e/ou relações sociais. Como mostram os discursos das participantes, esta condição, devido à sua complexidade, é tendencialmente reduzida a uma categoria patológica, cuja solução é incumbida a tratamentos médicos. Entretanto, não podemos esquecer de todo o aparato político, social e cultural embutido em meio a nebulosidade destes diagnósticos que são, em sua maioria, estimulados pela escola.

Trata-se, por isso, de reconhecer que, não raras vezes, como revelam os percursos das mulheres envolvidas neste estudo, a escola privilegia um modelo de educação que preza pela instrumentalização de crianças, apoiada pelos preceitos de uma sociedade disciplinar que busca uma infância “normal”, cujo comportamento aceitável é ser calmo (a) e concentrado (a). Tudo aquilo que possa desviar deste comportamento estará à margem, colocando-se em hipótese a emergência e/ou confirmação de possíveis transtornos ou doenças, como apontam os trabalhos de Conrad (2018) e Canguilhem (2019).

Desta forma, quando abandonamos discussões de cunho social e admitimos ser um problema de origem biológica que nasce no sujeito, nos isentamos da responsabilidade enquanto coparticipadores do processo, cujo dever é refletir sobre as práticas educativas e propor soluções que contribuam para uma educação verdadeiramente inclusiva. Em vez disso, transferimos a responsabilidade ao próprio indivíduo como determinante para seus próprios êxitos e fracassos (Jutel, 2011; Lopes, 2014). Este insucesso, como refere Sontag (1984) pode ser associado a uma doença cujo significado é “punitivo” e “invariavelmente moralista”. E, assim sendo, torna-se em uma metáfora que adjetiva o sujeito e lhe impõe medo e tristeza.

Ao partimos de o pressuposto de ser o diagnóstico unicamente biológico, e facultando à epistemologia médica a incumbência de contribuir para a construção da subjetividade dos indivíduos, concordamos com sua lógica medicalizante e mercadológica, que estereotipa, rotula e, conseqüentemente, estigmatiza pessoas como declaram Caliman (2012), Jutel et al. (2014) e Pais, Menezes & Nunes (2016). Assim, uma postura de inércia corrobora para a naturalização de problemas sociopolíticos que passam a ser encarados como problemas biológicos. É importante, todavia, conscientizarmos a todos os envolvidos sobre o quão grave é este fenômeno, que se faz presente em nosso cotidiano de maneira silenciosa e obscura. Revelar como estas mulheres desenvolveram e incorporaram estes diagnósticos e se confrontavam com os tratamentos medicamentosos era um de nossos maiores interesses. Acreditamos que, através das narrativas construídas, neste trabalho, entendemos que a medicalização apresenta uma lógica determinista. A partir do processo reducionista da medicalização, o indivíduo configura a sua identidade e esta construção ocorre mediante à normatização e às crenças limitantes que buscam a todo o custo formatar e/ou padronizar os indivíduos, fazendo com o que o mesmo se sinta desajustado, à margem do que foi estabelecido como normal (Fórum sobre Medicalização, 2019).

Em suma, concluímos neste estudo que para combater o reducionismo biológico há que se promover ações que reconsiderem um modelo de educação que privilegie a subjetividade. Percebemos, entre os depoimentos de nossas entrevistadas, que as ações emancipatórias do processo medicalizante são escassas ou praticamente nulas. Do mesmo modo, evidencia-se, dos seus relatos, uma imensa vontade de “descobrir-se”. Porém, o evento do diagnóstico parece ser um fator impeditivo para o empoderamento destas mulheres, no sentido em que transgride as dimensões individuais e atinge dimensões coletivas de suas vivências em comunidade/s e fomentam a construção de uma consciência crítica.

Admitindo que o principal objetivo era contribuir teoricamente para a discussão de um tema que embora muito se tem debatido, carece ainda de compreensão profunda, acreditamos que este estudo colabora para um maior aprofundamento do fenômeno da medicalização. Mais, consideramos que, pelos elementos recolhidos empiricamente, nomeadamente no que se refere as questões de gênero, este trabalho proporciona um olhar mais detalhado sobre a construção diagnóstica feminina, a partir de relatos da mulher adulta com PHDA. Aliás, a este respeito, é expectável que este estudo contribua por reforçar a literatura neste domínio particular.

Para além das entrevistas realizadas com mulheres adultas com PHDA, acreditamos que outros possíveis percursos poderiam ter sido traçados no estudo com objetivo de maior aprofundamento. Por isso, consideramos que entrevistar suas mães, filhos (as) e cônjuges teria nos possibilitado uma compreensão ainda mais rica e uma leitura subjetiva sobre as dimensões sociais dos seus diagnósticos ao explorarmos caso a caso. Outro possível caminho seria recorrer ao *focus group* com as entrevistadas, como técnica complementar, o que ratificaria intensificamente a análise coletiva que nos propusemos a fazer e não o fizemos devido ao curto espaço de tempo para finalização do trabalho, a dificuldade da disponibilidade das participantes e às questões éticas envolvidas, dado que o sigilo entre elas não poderia ser mantido. Atentamos ainda, ser de suma importância, a extensão de estudos sobre a atenção e concentração em idade escolar, especialmente em meninas que apresentem diagnósticos relacionados às dificuldades de aprendizagem.

Para o encerramento do trabalho trazemos a luz a reflexão da Professora Doutora Rosa Nunes, da Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade do Porto que, ao citar Pierre Bourdieu (1983) numa conferência sobre Medicalização que se realizou em S. Paulo (Brasil), nos convidava a perguntarmo-nos qual é a contribuição que os intelectuais dão ao racismo da inteligência.

Afinal, por que não estudamos o papel dos (as) médicos (as) na medicalização, na naturalização das diferenças sociais, dos estigmas sociais, e o papel dos psicólogos (as), dos (as) psiquiatras e dos (as) psicanalistas ao produzirem eufemismos que intitulam filhos (as) dos proletários e/ou imigrantes, com tal força que casos sociais se tornam casos psicológicos e as deficiências sociais deficiências mentais.

Consideramos estar este estudo situado em uma conjuntura favorável à compreensão do contexto social, designadamente português, no qual confronta-se a convergência das deficiências sociais em mentais, reconhecida por Bourdieu (1983). Acreditamos que, somente a partir de uma compreensão mais alargada sobre este efeito, será possível interpelar profissionais da saúde e de educação e, assim, aflorar debates que reflitam sobre os padrões sociais apresentados, nomeadamente os diagnósticos relacionados às dificuldades enfrentadas por alunos (as) em aprender, e a outros processos, vividos na escola e associados ao fenómeno da medicalização.

Para além disto, este trabalho pretendeu sensibilizar a comunidade científica para uma discussão que argumente sobre a corresponsabilidade pública e política sobre as problemáticas apresentadas, sobretudo no que toca à educação, vida e saúde mental das mulheres portuguesas.

Referências Bibliográficas

Amado, João. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra

Antunes, Nuno Lobo. (2012). *Mal-entendidos: da Hiperatividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às perturbações do Sono. As respostas que procura*. Verso de Kapa. Lisboa.

Alves, Fátima. (2011). *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental – um estudo no Norte de Portugal*. (p.54). Edições Afrontamento. Porto.

Bégin, Jacques Louis. (1821). *Principes généraux de physiologie pathologique coordonnés d'après la doctrine de M Broussais*. Méquignon-Marvis. Paris.

Becker, Saul Howard. (1963). *Outsiders, studies in the sociology of deviance*. The Free Press of Glencoe, Inc. New York.

Benney, Mark & Hughes, Everett. (1956). 'Of sociology and the interview', *American Journal of Sociology*, 62, 137–42.

Bercherie, Paul. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: Cirino, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. (p.127-44). Autêntica. Belo Horizonte.

Bergson, Henri Louis. (2001). *La pensée et le mouvant dans Euvres*. Presses universitaires de France. (p. 1271-1330). Paris.

Bierdman, Joseph; Mick, Eric; Faraone, Stephen; Braaten, Ellen; Doyle, Alysa; Spencer, Thomas; Wilens, Timothy; Frazier, Elizabeth & Johnson, Mary, Ann. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*. (p.159)

Bourdieu, Pierre. (1983). *Questões de sociologia*. Marco Zero. (p. 205-208). Rio de Janeiro.

Bourdieu, Pierre. (1999). *A miséria do mundo*. Vozes. Petrópolis.

Blaxter, Milred. (1978). Diagnosis as category and process: the case of alcoholism. *Social Science & Medicine*, 12, 9–17.

Blum, Linda. (2015). *Raising Generation Rx: Mothering Kids with Invisible Disabilities in an Age of Inequality*. NYU Press. New York.

Braun, Virginia. & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>

Bradley, Carolyn A. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*. (p. 577- 585).

Brown, Patrick. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, Health Module.

Bruner, Eduard M. (1986). Ethnography as narrative. *The anthropology of experience*. University of Illinois Press. (p. 139–155). Chicago.

Bruschini, Maria Cristina. (1992). O uso de *abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero*. Ed. Rosa dos Tempos. (p. 289-309). Rio de Janeiro.

Boullier, Dominique. (2010). Por une conception cosmopolitique du care. *Cosmopolitiques. Laboratoire es pratiques l'ecologie politique*. <http://blogs.mediaart.fr/dominique-g-boullier/blog/310810/pour-une-conception-cosmopolitique-du-care>.

Bouquet, Cyril. (2005). *Building Global Mindsets: An Attention-Based Perspective*. Macmillan Press. New Zealand.

Carlucci, Ana Paula. (2013). De mediador a elo promotor: Um estudo sobre os Linhas Críticas, (Tese de doutorado não publicada). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília. (p. 245-267). Brasília.

Carr, David. (1986). *Time, narrative, and history*. Bloomington. University of Indiana Press. (p.134). Indiana.

Carvalho, Maria Isabel da Torre. (2016). *Medicalização na Educação: Os dilemas da prática educativa*. (Relatório de Atividade Profissional apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação com especialização em Educação Especial) Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Braga.

Charles, Hadji & Baillé, Jacques. (2001). *Investigação e Educação Para uma "nova aliança"*. Ed. Porto Editora. Porto.

Charlot, Bernard. (2006). A pesquisa educacional entre conhecimentos, políticas e práticas: especificidades e desafios de uma área de saber. *Revista Brasileira de Educação*, 11 (31). Universidade Paris, França e Organização da Nações Unidas para a Educação. Brasil.

Caliman, Luciana. (2012). Os regimes da atenção na subjetividade contemporânea. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 02-17. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672012000100002&lng=pt&tlng=pt.

Caliman, Luciana. et al. (2019). Oficina da palavra: literatura, infância e cultivo da atenção. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 14(1), 1-13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082019000100009&lng=pt&tlng=pt.

Canguilhem, George. (2019). *O Normal et o Patológico*. (Ed. Forense Universitária). Rio de Janeiro.

Canino, Glorisa & Alegria, Margarita. (2008). "Psychiatric Diagnosis— Is It Universal or Relative to Culture? - *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (3), 237–50.

Charles, Alan. (1971). *The case of Ritalin*. New Repub. (p. 17-19).

Chrisler, Joan & Smith, Craig. (2004). *Feminism and psychology*. In M. A. Paludi (Org.), *Praeger guide to the psychology of gender* (p. 271-292). Westport Praeger.

Citton, Yves. (2014) *Pour une ecologie de l'attention*. Le Seuil. (p.313). Paris.

Clements, Sam. (1966). *Task Force I: minimal brain dysfunction in children*. National Institute of Neurological Disease and Blindness. Monograph (ed.3). Department of Health, Education and Welfare. Washington.

Cohen, Marc. (2008). Aristotle's Metaphysics. In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab. (Ed. Zalta). California.

Coles, Robert. (1989). *The call of stories: teaching and the moral imagination*. Houghton Mifflin. Boston.

Conrad, Peter & Schneider, Joseph. (2018). *Deviance and Medicalization from badness to sickness*. (Ed. Temple University). Philadelphia.

Conrad, Peter & Schneider, Joseph. (1992). *Implications of changing social policy for the medicalization of deviance*. *Contemp. Crises*. (In press.)

Conrad, Peter. (1976). *Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior*. D. C. Heath & Co. Lexington.

Comte, Auguste. (1828). Examen du Traité de Broussais sur l'irritation, *Corpus: Revue de philosophie* 7. Paris.

Crosbie, Jennifer; Perusse, Daniel; Barr, Catty & Schachar, Russell. (2008). Validating psychiatric endophenotypes: inhibitory control and attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience. Biobehavioral Reviews*. 32, 40–55.

Cruz, Vitor. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem – fundamentos*. Porto Editora. Porto.

Davenport, Thomas & Beck, John. (1998). *The Attention Economy – Understanding the New Currency of Business*. Harvard Business School Pres. Boston, Massachusetts.

Diário da República n.º 141/2019, Série I de 2019-07-25 (2019). Resolução da Assembleia da República n.º 114/2019.

Dias, Maria Odila Leite da Silva. (1992). Teoria e métodos dos estudos feministas: perspectiva histórica e hermenêutica do cotidiano. Em A. Costa & C. Bruschini (Orgs.) *Uma questão de gênero* (p. 39- 53). Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.

Dewey, John. (1939). *Theory of Valuation*. University of Chicago Press. Chicago.

Eichler, Margrit. (1988). *Nonsexist research methods: A Practical guide*. Allen & Unwin. Winchester.

Elliott, Jane. (2005). *Using narrative in Social Research, Qualitative and Quantitative Approaches*. Sage Publications. Londres.

Empey, LaMar Taylor. (1978). *American delinquency: its meaning and construction*. (Ed.3). Dorsey Press. Homewood.

Fainzang, Sylvie. (2018). "A deviant diagnosis? Doctors faced with a patient's diagnostic work". <http://www.publicacions.urv.cat/lilibres-digitals/antropologia-medica/11-antropologia-medica/719-diagnostic-fluidity>

Ferreira, Manuela. (2010). "Ela é a nossa prisioneira!" – Questões teóricas, epistemológicas e ético-metodológicas a propósito dos processos de obtenção da permissão das crianças pequenas numa pesquisa etnográfica. *Revista Reflexão e Ação*. 8 (2), p.151-182.

Filipe, Angela Marques. (2016). *Making ADHD Evident: Data, Practices, and Diagnostic Protocols in Portugal*. *Medical Anthropology*. 35 (5): 390-403.

Filipe, Angela Marques. (2018). The emergence and shaping of ADHD in Portugal: Ambiguities of a diagnosis "In the making" in *Global Perspectives on ADHD: Social Dimensions of diagnosis and Treatment in Sixteen Countries*. (p. 118-137). Baltimore: Johns Hopkins University Press. United States.

Filipe, Angela Marques. (2020). Paying attention: Diagnosis, value, and meaning making in the ADHD clinic. *Science, Medicine e Anthropology*. Somatosphere.

Flick, Uwe. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Bookman. Porto Alegre.

Foucault, Michael. (1963). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France.

Foucault, Michael. (1969). *A arqueologia do saber*. (Ed.8). Forense Universitária. Rio de Janeiro.

Foucault, Michael. (1984). *História da sexualidade II. O uso dos prazeres*. Graal. Rio de Janeiro.

Foucault, Michael. (1987). *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. Vozes. Petrópolis.

Fukuyama, Francis. (2003). *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. Picador.

Fonseca, Carina Esteves Barreiros Seixo da. (2015). *Percepções e práticas dos professores do ensino básico face aos alunos com PHDA*. (Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial –Domínio Cognitivo e Motor) ISCE Douro. Penafiel.

Franck, Georg. (1998). *Ökonomie der Aufmerksamkeit – ein Entwurf*. München. Carl Hanser Verlag. Viena.

Franck, Georg. (1999). Scientific Communication – A Vanity Fair? *Science*, 286 (5437), 53-55.

Freire, Paulo. (1999). *Pedagogia do Oprimido*. (Ed.27). Paz e Terra. São Paulo.

Garcia, Angela Cora et al (2009). Ethnographic approaches to the internet and computer-mediated communication. *Journal of Contemporary Ethnography*. 38 (52), 52-84.

Goldstein, Kurt. (1933). L'analyse de l'aphasie et l'étude de l'essence du langage. In : *Journal de psychologie*, 46.

Gross, Mortimer & Wilson, William. (1974) *Minimal brain dysfunction*. Brunner/Mazel Inc. New York.

Guba, Egon. & Lincoln, Yvonna. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln. *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks: Sage.105-117.

Gubrium, Jaber & Holstein, James. (1997). *The New Language of Qualitative Method*. University Press. Oxford.

Gurmankin, Andrea, Domchek, Susan, Stopfer, Jill et al. (2005) Patients' resistance to risk information in genetic counseling for BRCA1/2. *Arch. Intern. Med.* 165, 523–529.

Haag, Amanda Leigh. (2007). Biomarkers trump behavior in mental illness diagnosis. *Nature Med.* 13 (3).

Han, Byung-Chul. (2015). *Sociedade do cansaço*. Vozes. Petrópolis.

Hatch, J. Amos & Wisniewski, Richard. (2006). Life history and narrative. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 8(1).

Hegarty, Seamus. (2001). O apoio centrado na escola: Novas oportunidades e novos desafios. In D. Rodrigues, D. (Org.), *Educação e diferença: Valores e práticas para uma Educação Inclusiva*. (p. 81-91). Porto Editora. Porto.

Hentoff, Nat. (1972). Drug pushing in the schools: the professionals. *Village Voice*, 22, 21-23.

Holmes, Emily; O'Connor, Rory; Perry, Hugh; Tracey, Irene; Wessely, Simon, Arseneault; Louise et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7, 547–560.

Huessy, Hans. (1973). Minimal brain dysfunction in children (hyperkinetic syndrome): recognition and treatment. *Drug Ther.* 3, 52-63.

INFARMED (2016). Medicamentos para a Hiperatividade com Déficit de Atenção, Autoridade Nacional de Medicamento e Produto, SNS (Serviço Nacional de Saúde).

Ingold, Tim. (2018). *Anthropology and/as education*. Routledge (p.94). New York.

James, William. (1950). *The principles of Psychology*. Dover. New York.

James, Allison. (2017). Give a voice to children's voice: practices and problems, pitfalls and potentials. *American Anthropology*. 109 (2). p. 261 -272.

Jutel, Annemarie, Nettleton, Sarah. (2011). *Social Science & Medicine an International Journal*, 73 (6).

Jutel, Annemarie. (2011). *Putting a name in to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore. Johns Hopkins University Press. United States of America.

Jutel, Annemarie & Dew, Kevin. (2014). *Social issues in diagnosis: An introduction for students and clinicians*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.

Kastrup, Virginia. (2004) A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. *Psicologia & Sociedade*, 16 (30), 7-16.

Kessler, Ronald; Adler, Lenard; Barkley, Russell; Biederman, Joseph; Conners, Keith; Demler, Olga; Faraone, Stephen; Greenhill, Laurence; Howes, Mary; Secnik, Kristina; Spencer, Thomas; Ustun, Bedirham; Walters, Ellen & Zaslavsky, Alan (2006). "The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication". *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–23.

Kooij, Sandra (2009). *PHDA em adultos. Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. Introdução ao Diagnóstico e Terapêutica*. Editora Coisas de Ler. Brasil.

Kozinets, Robert (2002). The field behind the screen: using ethnography for marketing research in online communities. *Journal of Marketing Research*. 39, 61-72.

Labov, William & Waletzky, Joshua. (1967). Narrative analysis: oral versions of personal experience, in J. Helm (ed.), *Essays on the Verbal and Visual Arts*. Seattle: University of Washington Press. (p.12– 44).

Lambert, Nadine & Sandoval, Jonathan., Sassone, Dana. (1978). Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. *Am. J. Orthopsychiatry*, 48, 446- 463.

Langer, Roy, Beckman, Suzanne C. (2005). Sensitive research topics: netnography revisited. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 8 (2), p. 189-203.

Lauchaux, Jean-Philippe. (2013). *Le Cerveau attentive: Contrôle, maîtrise et lâcher-prise*. Odile Jacob. (p.385). Paris.

L'Ecuyer, Catherine. (2012). *Educar en el assombro*. Plataforma Editorial. Barcelona.

Leriche, Recherches. (1931). Recherches et réflexions critiques sur la douleur. In: *La presse médicale*. Janeiro.

Lock, Margaret, Freeman, Julia, Chilibeck, Gillian, Beveridge, Briony & Padolsky, Miriam. (2007). Susceptibility genes and the question of embodied identity. *Med. Anthropology*. 21, 256–276.

Lock, Margaret; Freeman, Julia; Sharples, Rosemary & Lloyd, Stephanie. (2006). When it runs in the family: putting susceptibility genes in perspective. *Public Underst. Sci.* 15, 277–300.

Lopes, João; Velasquez, Gabriela; Fernandes, Paulo & Bártolo, Vitor. (2004). *Aprendizagem, Ensino e Dificuldade da Leitura*. Quarteto Editora. Coimbra.

Lopes, João. (1998). *Necessidades Educativas Especiais: Estudo e Investigação*. S.H.O. – *Sistemas Humanos e Organizadores, Lda*. Braga.

Lopes, João. (2001). *Problemas de Comportamento, Problemas de Aprendizagem e Problemas de “Ensinar”*. Quarteto Editora. Coimbra.

- Lopes, João. (2003). *A Hiperatividade*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Lopes, Noémia Mendes & Rodrigues, Carla F. Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. *Sociologia, Problemas e Práticas* 78, 9-28.
- MacMillan, David & Chavis, David. (1986) Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-24.
- Molina, Brooke; Flory, Kate; Hinshaw, Stephen. et al. (2007). Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J. Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry* 46,1028–1040.
- Morrison, Allen; Beck John. & Bouquet, Cyril. (2004). Globalization and management Attention. In S. Chowdhury. *Next Generation Business Handbook – New Strategies from Tomorrow's Thought Leaders* (p. 414-429). John Wiley & Sons. New Jersey.
- Machado, Adriana Marcondes. (2004). Encaminhar para a saúde quem vai mal na educação: Um ciclo vicioso? *Revista Educação*, <https://docplayer.com.br/20882639-Encaminhar-para-a-saude-quem-vai-mal-na-educacao-um-ciclo-vicioso.html>
- Mannoni, Maud. (1988). *Educação impossível*. Francisco Alves. Rio de Janeiro.
- Menezes, Isabel. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma perspectiva psicológica*. Legis Editora, Porto.
- Moffitt, Terrie. E. et al. (2008). Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 49, 3–33.
- Montero, Maritza. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Paidós. Buenos Aires.
- Mucchielli, Laruent. (2014). Déviance, Sociologie. *Les 100 mots de la sociologia*.
- (2012) Manifesto Por Uma Abordagem Não Medicalizante Nem Patologizante da Educação. Porto.
- Nacinovic, Rafaela do Carmo Pacheco & Rodrigues, Maria Goretti Andrade. (2020). Medicalização da educação especial: Tensões na inclusão. *Educação, Sociedade & Culturas*, (57), 203–221. <https://ojs.up.pt/index.php/esc/article/view/20>.
- Nettleton, Sarah. (2004), The emergence of e-scaped medicine. *Sociology*, 38, 661–679.
- Nettleton, Sara & Jutel, Annemarie. (2011). “Towards a sociology of Diagnosis: Reflections and opportunities”, *Social Sciences & Medicine*, 73, 793-800.

Nunes, Rosa. (2013) "Medicalização da Educação e Racismo da Inteligência", em *Medicalização do Comportamento e da Aprendizagem*. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

Patto, Maria Helena Sousa. (1990). *A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia*. T. A. Queiroz. São Paulo.

Pais, Sofia Castanheira; Menezes, Isabel & Nunes, João Arriscado. (2016). "Saúde e Escola: Reflexões em Torno da Medicalização da Educação." *Cadernos de Saúde Pública*, 32 e00166215.

PAN (2018), Deputado André Silva. Projeto de Lei n.º 984/XIII/3.^a Deputado André Silva, PAN (2018).

Pande, Mariana Nogueira Rangel; Amarante, Paulo Duarte de Carvalho & Baptista, Tatiana Vargas de Faria (2020). Este ilustre desconhecido: Considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(6), 2305-2314. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12862018>

Pelham, William E. (2007). Psychosocial approaches to ADHD: what do we know about what works, and what does not? *Presentation to the Hastings Centre NIH Working Group on Drugs in Pediatric Psychiatry*. New York.

Poirier, Jean; Clapier-Valladon, Simone & Raybant, Paul. (1995). *História de vida, teoria e prática*. Oeiras. Celta editora. Oeiras.

Polanczyk, Guilherme V. et al. (2014). "ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis." *International journal of epidemiology* 43.2 (p. 434-442).

Prout, Alan. (2002). Forward, in in James, Allison & Christensen, Pia. *Research with children-perspectives and practices*. Falmer Press. (p. 11-21). Londres.

Qvortrup, Jens. (1995). Childhood in Europe: a new field of social research. In L. Chisholm, et al. *Growing up in Europe*. Contemporary Horizons in Childhood and youth studies Walter de Gruyter. (p. 7-19). New York.

Rapp, Rayna. (2011). Chasing Science: Children's Brains, Scientific Inquiries, and Family Labors. *Science, Technology & Human Values*.

Reicher, Stephen. & Taylor, Stephanie. (2005). Similarities and differences between traditions. *The Psychologist*, 18(9), 547-549.

Rodrigues, David António. (2000). *Paradigma da educação Inclusiva-Reflexão Sobre Uma Agenda Possível*. Revista Inclusão, 1, p. 7-13.

Rodrigues, David António. (2001). "A Educação e a Diferença", in David Rodrigues (org.) "Educação e Diferença: valores e práticas para uma Educação Inclusiva". Porto Editora. Porto.

Ricoeur, Paul. (1984). *Time and narrative*. University of Chicago Press. Chicago.

Rose, Nikolas. (2008). 'Screen and intervene': governing risky brains. *Presentation to the Centre Koyré*. Paris.

Rubin, Herbert J & Rubin, Irene S. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks. Sage. California.

Rutter, Jason & Greg Smith (2002). Spinning Threads: Rituals of Sociability in CMC."

Saranson, Seymour B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. Jossey-Bass. California.

Sandlin, Jennifer A. (2007). Netnography as a consumer education research tool. *International Journal of Consumer Studies*. 31, 288–294.

Santos, Boaventura de Sousa. (1988). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, 2 (2), 46-71.

Santos, Boaventura de Sousa. (1989). *Introdução a uma Ciência Pós-moderna*. Edições Afrontamento. Porto.

Sax, Leonard & Kautz, Kathleen J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *Ann. Fam. Med.* 1, 171–174.

Schmitt, Barton D. (1975). The minimal brain dysfunction myth. *Am. J. Dis. Child.*, 1313-1318.

Schneider, Helen & Eisenberg, Daniel. (2006). Who receives a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States elementary school population? *Pediatrics* 117, e601–e609.

Schubert, Cornelius. (2011), Making sure. A comparative micro-analysis of diagnostic instruments in medical practice. *Social Science & Medicine*, 73, 851–857.

Singh, Illina. (2009). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD, *Nature Review Neuroscience*, Janeiro.

Sontag, Susan. (1984). *A doença como metáfora*. Ed.6. Edições Graal. Rio de Janeiro.

Sonuga-Barke, Edmund J. S. (2005) Causal models of attention deficit/ hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biol. Psychiatry*. 57, 1231–1238.

Souza, Betriz de Paula. (2007). Funcionamentos escolares e a produção de fracasso escolar e sofrimento. In Beatriz de Paula Souza (Ed.). *Orientação à queixa escolar* (p. 241-278). Casa do Psicólogo. São Paulo.

Stewart, Mark A. (1970). Hyperactive children. *Sci*, 794-798.

Stewart, Mark. A. et al (1966). The hyperactive child syndrome. *American Journal Orthopsychiatry*, 861-867.

Taylor, Gary W. & Ussher, Jane M. (2001). Making sense of S&M: A discourse analytic account. *Sexualities*, 4(3), 293-314.

Tillman, Linda C. (1991). Critical fiction/critical self. In *Critical fictions: the politics of imaginative writing* (p. 97–103). Mariani. Seattle.

Thomas, Rae et al. (2015). "Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis." *Pediatrics* 135 (4) (p. 994-1001)

Varela, Francisco J.; Thompson, Evan & Rosch, Eleanor. The embodied mind: *Cognitive science and human experience*. MIT press, 2016.

Vargas, Thamyres Bandoli Tavares & Rodrigues, Maria Goretti Andrade. (2018). Mediação escolar: Sobre habitar o entre. *Revista Brasileira de Educação*, 23, 1-26.

Vermesch, Pierre. (2002). L'attention entre phénoménologie et sciences expérimentales : Éléments de rapprochement. *Expliciter*, 44, p.14 -43.

Vieira, A. G. (2001). Do conceito de estrutura narrativa à sua crítica. *Psicologia: Reflexão e crítica*.14(3), p. 599-608.

Viégas, L. S. & Oliveira, A. R. F. (2014). TDAH: Conceitos vagos, existência duvidosa. *Nuances: Estudos sobre Educação*, 25(1), 39-58. <http://doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2736>

Visser, Susanna N.; Melissa, L. Danielson; Rebecca, H. Bitsko; Joseph, R. Holbrook; Michael, D. Kogan; Reem, M. Ghandour; Ruth, Perou & Stephen, J. Blumberg. (2014). Trends in the Parent- Report of Health Care Provider- Diagnosed and Medicated Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: United States. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53 (1), 34–46.

Weiss, Robert S. (1994). *Learning from Strangers*. Free Press. New York.

Winkin, Yves. (1998). *A Nova Comunicação. Da Teoria ao Trabalho de Campo*. Papirus. Campinas.

Wender, Paul H. (1971). *Minimal brain dysfunction in children*. John Wiley & Sons, Inc. New York.

Williams, Simon & Bodem, Sharon. (2004). "Consumed with sleep? Dormant bodies in consumer culture", *Sociological Research on-line*, 9 (2). <http://www.socresonline.org.uk/9/2/williams.html>.

Zorzanelli, Rafaela. (2020). Drug Trajectories Interviews with Researchers. *Entrevista com Noémia Lopes. Physis* (30), 2. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300237>.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 5, 581-5

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Título do estudo: Mulheres e o PHDA em Portugal - Contributos da Educação em Portugal

Enquadramento: Eu, Livia Giammattey Machado Lima, aluna do 2º ano do Mestrado em Ciências de Educação (domínio de especialização em **Educação para a Saúde, Comunicação e Comunidade Educativa**), na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade do Porto, estou a desenvolver um estudo que pretende aceder às perceções sobre o processo de diagnóstico em mulheres com Perturbação de Hiperatividade e Deficit de Atenção. Este estudo está a ser conduzido sob a orientação científica da Professora Doutora Sofia Castanheira Pais e visa compreender diferentes experiências individuais relacionadas com o tratamento medicamentoso e com as implicações sociais do diagnóstico, especialmente no contexto escolar. Em suma, o objetivo é traçar a trajetória do indivíduo antes, durante e depois do diagnóstico.

Explicação do estudo: Esta investigação teve início em outubro de 2020, e procura contar com a participação voluntária de mulheres portuguesas (ou a viver em Portugal), que se encontrem na faixa etária entre 15 e 55 anos. A pesquisa, em torno do diagnóstico de PHDA (Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade), desenvolver-se-á de grupos informais organizados nas redes sociais, nomeadamente Facebook.

Para manifestar o seu interesse em contribuir para este estudo deverá enviar uma mensagem privada para a investigadora. Este consentimento informado visa garantir o anonimato e a confidencialidade de todas as informações partilhadas no âmbito desta investigação.

A contribuição neste estudo passará pela participação numa entrevista semiestruturada, que poderá incluir a utilização de objetos que a entrevistada entenda como relevantes na exploração da sua experiência de diagnóstico (por exemplo, diários biográficos, boletins escolares, anotações de natureza escolar ou académica, fotografias, desenhos, pinturas, entre outros).

Confidencialidade, anonimato e livre participação: Todas as informações recolhidas apenas serão usadas no âmbito do projeto de investigação em curso, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade das participantes, bem como salvaguardado o seu direito à privacidade e à intimidade. A participação é voluntária e a participante poderá abandonar o estudo a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalização ou represália.

Contatos: em caso de questões ou necessidade de contactar a investigadora, poderá fazê-lo através do endereço eletrónico giammalivia@gmail.com e up201904449@edu.fpce.up.pt

Cordialmente agradeço, Livia Giammattey Machado Lima

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar ou abandonar neste estudo sem qualquer tipo de penalização. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pela investigadora.

Autorizo que o conteúdo público online de que sou autora (blogs ou páginas web similares) seja usado para fins desta investigação.

Nome:

Assinatura: Data:
..... /..... /.....

APÊNDICE II

Guião orientador

Estudo: Mulheres o PHDA em Portugal - Contributos da Educação em Portugal

Entrevistadora: Livia Giammattey sob orientação da Professora Doutora Sofia Castanheira Pais.

Diagnóstico de PHDA

Gostaria de lhe pedir que me contasse a história da sua vida, ou seja, que partilhasse, nesta entrevista, a sua perspetiva e as suas experiências pessoais no que toca ao diagnóstico de PHDA (Perturbação de Défice Atenção e Hiperatividade). É importante, para este estudo, compreender como experienciou este processo, desde infância até os dias de hoje. Os tópicos que apresentamos no quadro seguintes são meramente orientadores, porém acrescente o que considerar importante para si a respeito da vivência com PHDA.

Todas as informações que vier a partilhar serão apenas utilizadas no âmbito deste estudo, assegurando-se anonimato e confidencialmente.

Sobre si	Questões para entrevista oral/ Orientações para a escrita
Perspetivas em torno do PHDA	<ul style="list-style-type: none">. Refira 3 palavras a que associa quando ouve falar em PHDA?. Partilhe uma experiência que considere significativa a respeito do PHDA.
Antes de ser diagnosticada ...	<ul style="list-style-type: none">. Conte-nos como era antes do diagnóstico?. Fale-nos um pouco sobre sua infância?. Como era a interação com a família, com professores e colegas na escola?
Quando fui diagnosticada	<ul style="list-style-type: none">. Conte-nos quando e em que circunstâncias o diagnóstico foi realizado.. Qual foi a sua reação e de seus familiares ao saberem sobre o diagnóstico?. A partir do diagnóstico, o que mudou? Houve orientação médica ou de outros profissionais que a acompanharam (medicação, terapia, etc.). Conte-nos como sentiu ou sente-se com o tratamento realizado?

Como convivo e o que penso sobre o diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none">. Até que ponto considera importante abordar este tema com outras pessoas?. O que o/a levou a procurar grupos que tratassem do tema em redes sociais (e.g. Facebook)?. Qual é efeito da sua participação nestes grupos (ganhos)?Como se sente ao participar/partilhar nestes grupos?. O que falta fazer ou o que mudaria a respeito do PHDA?
---	--

Dados pessoais:

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Distrito:

Estado civil:

Tem filhos (as)?

Se sim, informe quantos filhos (as) e a idade de cada filho (a).

Data da entrevista (ou que respondeu ao questionário):

APÊNDICE III

Convite realizado em rede social - Facebook

“Olá a todo(as). Sou mestranda da Universidade do Porto em Ciências da Educação e minha pesquisa se dá nas dimensões do diagnóstico de PHDA em Portugal, especificamente em mulheres portuguesas ou que vivem em Portugal. O objetivo é ouvir suas histórias de vida para então melhor entender o processo do diagnóstico (antes, durante e depois). Caso tenham interesse em contribuir para o estudo enviem-me uma mensagem na área privada e vos passo os meus contatos e vos explico sobre o projeto. A contribuição é livre (diários, narrativas de factos, depoimentos, fotografias, vídeos) como quiserem, quanto ao anonimato será garantido! Um bom dia!”

APÊNDICE IV

Quadro 2- Representação do PHDA sobre a perspectiva das participantes

Tema	Descrição	Componentes	Subtemas	Participante
Representação do PHDA	Identificação da perspectiva da entrevistada acerca do PHDA	Regulação	<i>"É como se nós tivéssemos o nosso motor, entre aspas, funcionando conforme o vento. Nós não temos botão de regulação"</i>	Ana
			<i>"Impulsividade"</i>	Isabel
		Condição	<i>"Porque eu me sinto permanentemente desajustada do mundo a minha volta." "Eu faço de outra maneira, faço ao contrário. E em tudo neste aspeto me sinto permanentemente desajustada do meu contexto."</i>	Sara
			<i>"Não é uma sentença e com apoio psiquiátrico e psicológico é possível superá-lo, aprender a lidar. Superar é um bocado exagero!"</i>	Fátima
			<i>"É sempre exigido um comportamento de uma pessoa, dita normal. Elas vão olhar para mim sempre como sendo uma pessoa normal." "Nós não somos vistos como devia" " É uma deficiência que não é aceita"</i>	Manoela
			<i>"O PHDA é como uma pessoa canhota. Agora imagina que era um canhoto ter que passar a vida inteira a tentar escrever com a mão direita , a fazer a letra feia e toda a gente a reclamar que a letra é feia, mas a pessoa está num esforço porque o cérebro dela não é pra escrever com a mão direita, é pra a esquerda"</i>	
			<i>"Desatenção" "Desorganização"</i>	Isabel
		Frustração	<i>"O mundo não é feito pra mim. Eu funciono diferente."</i>	Sara
			<i>"Frustração de começar a fazer uma coisa e de repente ela fica muito aborrecida."</i>	Paula
			<i>"Nunca é perfeito" "Essa pressão entra para a pessoa e a pessoa vive um grande grau de frustração e depois isso gera uma série de problemas de autoestima porque a pessoa não consegue cumprir"</i>	Manoela
		Estigma	<i>"No caso das mulheres, é duplamente grave. A uma mulher é exigido ainda muito mais, portanto uma mulher é exigido um saber estar, lhe é exigido um certo comportamento, e lhe é exigido tomar conta da criança, é exigido tomar conta da casa." "E portanto, uma pessoa com PHDA é obrigada, recriminada e castigada se não conseguir cumprir a um conjunto enorme de obrigações que tem muita dificuldade em executar e a sociedade não entende."</i>	Manoela

APÊNDICE V

Quadro 3 - "Eu" pré-diagnóstico

Tema	Descrição	Componentes	Subtemas	Participante
"Eu" pré-Diagnóstico	Identificação e compreensão do "Eu" antes do diagnóstico	Regras	<i>"Era tudo muito, muitas regras, não podíamos falar alto no corredor, não podíamos brincar, tínhamos meia hora definida, depois da meia hora definida, já não podíamos fazer nada."</i>	Ana
			<i>"Tudo que envolvia competição era angustiante para mim, eu detestava. Sentia-me mesmo mal, disse a minha mãe que eu já não aguentava fazer educação física e tivemos que arranjar um atestado porque eu sentia-me mal psicologicamente"</i>	Sara
			<i>"Eu lembro perfeitamente que tinha ódio de ir para ali. Eu lembro-me que não queria ir para escola."</i>	Manoela
		Controle	<i>" Nós não tínhamos liberdade para fazer o que quiséssemos."</i> <i>"Aquilo não é um comportamento adequado para uma sala d'aula. Uma criança está sempre a mexer-se. Onde é que está? Ali! Está debaixo das mesas, está ali, está acolá, está sempre a mexer-se"</i>	Ana
			<i>"No primeiro ano ficava lá uma, duas horas depois do horário ao lado da professora com ela a obrigar-me a fazer."</i>	Fátima
			<i>"Por comportamentos, às vezes um bocado impulsivos a minha mãe chegou a ser chamada à escola. A professora foi falar com ela a dizer que quase não conseguia dar aulas porque eu respondia as perguntas antes de ela acabar."</i>	Manoela
			<i>"Baloçava a cadeira constantemente, e isso também deu origem a castigos"</i>	Isabel
Capacidade	<i>"Em doutoramento é que vieram as minhas grandes dificuldades, aí é que eu senti o lado mais patológico, mais grave, sério. É aí que impactou mesmo, prejudicou a minha vida"</i>	Sara		

		<p>"Tive foi uma quebra muito grande quando entrei para o décimo ano, eu sempre quis medicina, aliás queria especificamente neurologia. Porque eu tenho diagnóstico de epilepsia e quando fiz o eletrocéfalograma, fiquei fascinada com aquilo, como aquilo sabe que eu estou a piscar os olhos se não me estar a ver."</p>	Paula
		<p>"Comecei a ficar desesperada porque se eu "chumbasse" mais uma vez na faculdade não podia matricular."</p>	Fátima
		<p>"Também senti sempre muita necessidade de aprovação (não sei se DDA ou falta de afeto)"</p>	Isabel
	Desempenho	<p>"Se eu me esforçasse mais um cadinho podia ser excelente. Isto é a minha vida toda! Se tu te esforçasses mais um bocadinho do que tu te forças."</p>	Sara
		<p>"É uma pena porque a Paula não estuda a tempo e nota-se que ela não estuda tanto quanto poderia estudar. É uma pena porque nota-se que a Paula não faz os trabalhos de casa todos, é uma pena porque se portasse melhor, não falasse tanto eu dava-lhe melhor nota na sala d'aula e a nota final ficava mais, tinha mais a ver com a nota dos testes"</p>	Paula
		<p>"Chegou um ponto em que não estudar e não fazeres, nunca fazer os trabalhos de casa, nunca estudar não era o suficiente."</p>	Fátima
		<p>"Porque queriam que eu fosse melhor"</p>	Isabel
	Estereótipos	<p>"Eu era um cadinho difícil"</p>	Ana
		<p>"A minha professora chamou a minha mãe e disse que eu devia ir a uma psicóloga para ser avaliada porque eu não era uma aluna normal."</p>	Sara
		<p>"Era porque eu não me calava e tinha bastante problemas por causa disso, por falar muito e por ser muito distraída e os próprios professores tinham sempre aquela ideia e iam falar com a minha mãe."</p> <p>"E depois se pegamos na parte mais negativa, a nível relações sociais, se calhar chamar-me de chata era uma coisa que me magoava imenso, chamavam-me de chata muitas vezes."</p>	Paula

			"Pronto, eu não era assim, eu não era hiperativa, era simplesmente, estava sempre a viver noutra mundo."	Fátima

APÊNDICE VI

Quadro 4 - “Eu” durante o diagnóstico

Tema	Descrição	Componentes	Subtemas	Participante
"Eu" durante o diagnóstico	Identificação e compreensão das circunstâncias do diagnóstico	Motivações	<p><i>“Eu tenho suspeitas que a Ana tenha déficit de atenção, porque ela conhecia os termos, e dislexia porque ela comete muitos erros.”</i></p>	Ana
			<p><i>“A nível de conflitos, se calhar os meus conflitos a nível social e assim advêm de eu não saber expressar ou de ser mal interpretada nas minhas intenções.”</i></p> <p><i>“Isto começou a levantar-se as suspeitas, até que por acaso eu não sei responder quando é que foi a primeira vez que eu contactei com a existência de uma perturbação relacionada com a atenção.”</i></p>	Paula
			<p><i>“Disse que a minha mãe devia procurar um médico especialista para tentar perceber o que se estava a passar ali porque não era normal que eu não era aluna para ter “cinco” e estava com negativas e três a continha, portanto notas vermelhas.”</i></p>	Manoela
			<p><i>“Quando o meu filho estava a estudar para os exames para o acesso à universidade, reparei que havia sempre uma força maior que não o deixava estudar. Sempre identifiquei nele as minhas características de desatento. Nessa altura, comecei a ler sobre o tema, e tudo começou a fazer sentido.”</i></p>	Isabel
		Serviço de Apoio Pedagógico	<p><i>“Deviam levá-la aos serviços da psicologia da escola, pra ver o que é que está a passar. Elas conversaram alguma coisa do gênero e minha mãe concordou e levou-me lá aos serviços da Psicologia, eu fiz uma avaliação psicológica”</i></p>	Ana
			<p><i>“Depois eu, na altura, comecei a ser seguida em psicologia na faculdade”</i></p>	Paula
			<p><i>“Encontrei os serviços na universidade que oferece, uma coisa que são os serviços médicos onde várias especialidades, uma delas era a psiquiatria, a consulta no jovem adulto”</i></p>	Fátima

			<p><i>“E então há um dia que eu sou chamada ao gabinete da psicóloga, que eles tinham uma psicóloga que trabalhava no colégio. Fui chamada ao gabinete da psicóloga e ela faz-me lá testes, digo eu psicotécnicos”</i></p>	Manoela
		Avaliação	<p><i>“Fui com o meu pai e minha mãe e nesta altura que eu tive lá com o médico e depois de conversar e fazer uns testes quaisquer é que eu fui diagnosticada.”</i></p> <p><i>“Lembro muito bem nesse dia específico que eu fui lá a esse tal médico, e aquilo foi , foi uma coisa rápida e simples.”</i></p>	Ana
			<p><i>“Foi o (nome do especialista) que é neurologista pediátrico. Eu não sinto que tenha sido muito rigoroso o processo. Ou porque os sinais eram tão óbvios para ele ou para a colega que fez a pré-entrevista. Ou se realmente foi pouco rigoroso mesmo.”</i></p>	Sara
			<p><i>“Eu não estou a perceber porque está a vir aqui. Então se a Paula sempre foi distraída, sempre teve problemas em realizar aquilo que queria, porque é que está a ir agora ao fim de vinte e dois anos. Agora que está já no Mestrado, se calhar já vai acabar agora a faculdade. Vem, vem pra que agora? Ao fim de vinte e dois anos, sempre foi distraída, pronto continua assim”</i></p>	Paula
			<p><i>“O primeiro psiquiatra com quem eu falei, estava a pesquisar a minha frente se podia haver PHDA no adulto, porque pensava que era só nas crianças. Pronto, é um bocado assim, é difícil.”</i></p> <p><i>“Eu fui fazer um teste de QI com a psicóloga porque havia a dúvida que, porque a psiquiatra tinha esta dúvida, porque eu estou num curso difícil. E a psiquiatra colocou a hipótese de se calhar, eu não ter capacidades. Pronto, inteligência, para fazer o que estava a fazer</i></p>	Fátima

		Resultado	<p><i>“E dessa avaliação não houve muita coisa conclusiva. Foi só um relatório a dizer: a aluna tem não sei o que, problemas emocionais, assim, aquelas coisas. Enfim, que eu também não consigo entender muito bem.”</i></p>	Ana
	<p><i>“Eu lembro-me que ele ainda me mandou fazer umas coisas e mandou-me fazer uns exercícios durante a consulta e o fim da consulta disse: A sua filha sofre de hiperatividade e défice de atenção, foi assim logo de caras.”</i></p>		Sara	
	<p><i>“Basicamente, ele disse à minha mãe que eu estava num sofrimento muito grande, portanto baseado no relatório da psicóloga viu ele, porque eu não tinha como saber”</i></p>		Manoela	
	Validação do Diagnóstico		<p><i>“O diagnóstico foi de desatenção, predominantemente. Não combinado, assim “task book” mesmo, o tipo desatento. O que faz muito, muito, muito sentido pra mim.”</i></p>	Sara
			<p><i>“Foi para mim um alívio de eu dizer que: “Bem, afinal eu não sou preguiçosa, afinal não sou mal-intencionada, afinal eu, não sou eu que não quero saber de vocês. Eu simplesmente tenho dificuldades acrescidas”.</i></p> <p><i>“ Só vou dizer uma coisa que acho importante, que é por outro lado diagnóstico foi para mim uma validação.”</i></p>	Paula
			<p><i>“Sim continuo, depois de ter percebido que eu não tinha nenhum tipo de problema, que não era burra, porque uma pessoa, depois de tanto tempo a falhar, acho que tem um grande impacto na autoestima das pessoas.”</i></p>	Fátima
			<p><i>“Estás a imaginar que isto há vinte e tal anos não se falava e isto que PHDA não existia, portanto estás a ver? A minha mãe teve de ir até não sei aonde para ter este diagnóstico.</i></p>	Manoela

APÊNDICE VII

Quadro 5 – “Eu” pós -diagnóstico

Tema	Descrição	Componentes	Subtemas	Participante
"Eu" Pós Diagnóstico	Identificação e compreensão do "Eu" antes Pós diagnóstico	Tratamento Não Medicamentoso	<p><i>“Claro que a medicação ajudou-me, mas não foi a única coisa tal, como a terapia também não foi a única coisa.”</i></p> <p><i>“A nível emocional, eu acho que houve um grande trabalho a nível da terapia, houve um grande trabalho entre mim e a minha psicóloga anterior e atual, a nível comportamental, terapia cognitiva comportamental.”</i></p>	Sara
			<p><i>“Você vai inscrever a sua filha em todas as atividades físicas que existirem, que derem pra ocupar o tempo todo, mesmo até a noite se for preciso, vai enfiá-la em tudo o que é atividade que ela goste, que ela queira. Meta em todas as atividades três, quatro, cinco vezes por semana”</i></p> <p><i>“Eu enquanto tive terapia, ele deu-me uma série de ferramentas de autogestão”</i></p>	Manoela
		Tratamento Medicamentoso	<p><i>“Eu na altura era muito pequenina, eu não sabia notar alterações em mim quem fazia essa avaliação era a minha mãe. Ela achava que eu estava mais concentrada nas atividades e nas coisas da escola, pelo menos foi o que ela me disse na altura eu continuei com os medicamentos.</i></p>	Ana
			<p><i>“No início eu estava com uma dose muito, muito baixa. Até então passado pouco tempo, o meu organismo deixou, adaptou-se muito rapidamente aquela dosagem e eu deixei de sentir os efeitos e aí precisei de ajustar.”</i></p> <p><i>“A partir daí eu senti-me diferente, houve áreas da minha vida que mudaram completamente com a medicação e outras onde ela mal toca”</i></p>	Sara

			<i>"Dificuldade em manter-me na tarefa foi-se. A medicação funcionou muito, muito bem"</i>	Paula
			<i>"Foi muito melhor, não. É assim, ao início parece que não faz efeito, mas está a fazer."</i>	Fátima
		Validação da Medicação	<i>"A medicação eu acho, não só na maternidade, mas em tudo permite-me ser mais eu e permite-me conseguir aquilo que eu, consigo ser mais eu, fazer mais. "</i>	Sara
			<i>"Eu estava com receio que isto fosse alterar alguma coisa, assim a nível de personalidade, mas eu estava muito curiosa porque eu pensei: "O que é que será o dia de alguém concentrado? O que será o dia de alguém metódico?"</i> <i>"Pra mim foi um alívio, tomar a medicação foi um alívio."</i>	Paula
			<i>"Quando comecei a tomar a Ritalina, foi como passar a usar óculos. Um novo mundo ao meu redor"</i>	Isabel
		Dimensões Sociais	<i>" (A mãe) Perguntou-me se eu queria estar no ensino especial, Só que eu não sabia, eu achava que iria para uma turma com crianças com muitas dificuldades"</i>	Ana
			<i>"A maternidade foi um encontro, uma confirmação de facto que isto era uma coisa que eu era boa e que eu conseguia fazer bem, que eu era capaz, tão capaz, mais capaz do que em qualquer outra coisa que não me senti na minha vida. Isto sem medicação, sem diagnóstico formal ainda."</i>	Sara
			<i>"Meu psicólogo também era a maior preocupação dele, não era propriamente a minha relação académica, uma coisa é eu ser distraída na faculdade, outra coisa ser distraída no mercado de trabalho."</i> <i>"A minha mãe ou o rapaz que não é meu namorado, mas que é quase isso ou se alguém souber que eu sou medicada o que tomo medicação, está a ser para mim mais difícil lidar com este estigma, com essa preocupação que eu acho que é</i>	Paula

			<i>exagerada por parte das outras pessoas."</i>	
			<i>"O trabalho é bastante, consigo até fazer o tal hiperfocus no trabalho, porque eu gosto do que faço e acaba por ser sugada para o que estou a fazer"</i>	Fátima
			<i>"Os meus familiares não sabem. Tentei abordar o tema, mas eles têm a convicção que PHDA e outras perturbações comportamentais são apenas desculpas para se ser mediocre"</i> <i>"Sexualidade pouco ortodoxa"</i>	Isabel
		Participação em redes sociais	<i>"Era sempre na expectativa de encontrar as estratégias novas, ou ideias de alguém. Enfim, recursos, especialistas, coisas deste género. É sempre bom estar inserido num grupo do mesmo país, por exemplo para estar a par destas coisas"</i>	Ana
			<i>"Eu acredito muito no poder dos grupos de apoio. Tenho muita pena que o grupo português funcione mal, porque eu faço parte dos grupos em língua inglesa, onde a dinâmica é muito diferente e é espetacular eu poder partilhar uma experiência"</i>	Sara
			<i>"É uma autodescoberta, é quase como ler, sei lá. Um relatório muito complexo da nossa personalidade, tem um bom impacto por aí"</i> <i>"É bom nos sentirmos únicos, não é bom sentirmo-nos extraterrestres"</i>	Paula
			<i>"Em relação a PHDA não há muita conversa. É um bocado, uma condição que pensam que não existe. (...) E eu acho que essas redes sociais, esses grupos podem trazer informação, normalmente há mais é desinformação."</i>	Fátima
			<i>"Não participo muito no que respeita a responder a questões. Por vezes fico insegura quanto à influência que as palavras podem ter. Já coloquei questões. É bom ter respostas de alguém que sabe do que falamos"</i>	Isabel