

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**ISABELLA SILVEIRA PUREZA**

**A NARRATIVA COMO MOLDE PATOLÓGICO: IMPACTOS E CONSEQUÊNCIAS  
DA LÓGICA NARRATIVA PRESENTE NO DSM-V NOS DIAGNÓSTICOS DE  
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

**SÃO PAULO**

**2023**

ISABELLA SILVEIRA PUREZA

**A NARRATIVA COMO MOLDE PATOLÓGICO: IMPACTOS E CONSEQUÊNCIAS  
DA LÓGICA NARRATIVA PRESENTE NO DSM-V NOS DIAGNÓSTICOS DE  
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

Trabalho de conclusão de curso do curso de Psicologia  
da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Lantzman

SÃO PAULO

2023

## **AGRADECIMENTOS**

À minha namorada, Isabela Cavalcanti, pela parceria e apoio incondicional, obrigada por sempre acreditar em mim.

À minha maior companheira de vida, Stella.

Agradeço à minha mãe, por ser fonte de inspiração inesgotável.

A meu pai, por todos os almoços, cafés e conversas.

Ao meu orientador, Mauro Lantzman, pelas reuniões e leituras atentas.

A todos meus amigos, não teria feito sem vocês.

E, aliás, fiquem sabendo de uma coisa: estou convencido de que é preciso manter nosso irmão do subterrâneo seguro com rédea curta. Embora seja capaz de ficar quarenta anos calado no subsolo, se ele sai para a luz do dia e irrompe na superfície, desanda a falar, falar e falar...

**Fiódor Dostoiévski**

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo aprofundar críticas e tecer reflexões sobre os possíveis impactos da lógica organicista e biologizante, contidas na quinta edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Doenças Mentais (DSM), como um dos possíveis pilares por trás do crescimento no número de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). No mais, a análise comenta sobre os limites e práticas psiquiátricas dentro da clínica, sendo um ponto central para o desenvolvimento da discussão. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, revisionista e de abordagem qualitativa, montada a partir da discussão entre diferentes chaves epistemológicas, sendo elas a filosofia, sociologia e a psicanálise. Questões como a linguagem e o debate em torno do conceito de cientificidade foram levantados, assim como um breve panorama histórico acerca da evolução dos manuais, sempre enfatizando as diferenças narrativas em cada publicação. Considerando a extensão do impacto e das consequências do modelo narrativo presente no DSM-V, isto é, sua relação dialética com a racionalidade médica e, o modelo descritivo a-teórico, presente desde a terceira edição do manual, conclui-se que a forma narrativa atual, no que diz respeito ao diagnóstico de TDAH, é extremamente vaga e generalizante. Fomentada pela adoção de uma racionalidade alienante entre sujeito e patologia, pode-se hipotetizar que o modelo descritivo do TDAH no DSM-V alavanca parte dos diagnósticos atuais.

**Palavras-chave:** “DSM-V”, “TDAH”, “Psicanálise” e “Patologização”

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>09</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4. CAPÍTULO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1. A linguagem como produtora de sentido .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2. A questão da cientificidade e a falsa noção da ciência dogmática.....</b>	<b>13</b>
<b>4.3. História e evolução dos DSMs.....</b>	<b>15</b>
<b>4.4. História e evolução do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade .....</b>	<b>17</b>
<b>4.5. O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade segundo o DSM-V.....</b>	<b>20</b>
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1. O impacto na produção da subjetividade sob o sistema neoliberal .....</b>	<b>27</b>
<b>5.2. Precisão e confiabilidade.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2.1. A problemática do discurso do outro.....</b>	<b>30</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## INTRODUÇÃO

Desde a última década, o TDAH é considerado uma das patologias que mais acomete crianças e adolescentes, tornando-se uma das principais preocupações nas escolas e instituições de ensino, uma vez que o transtorno é a primeira hipótese quando os assuntos são: dificuldade de aprendizagem, falta de atenção e agitação. Tal projeção não é à toa e nem novidade, segundo Carvalho e Santos (2016) foi na década de 80 que o transtorno se tornou central no debate psiquiátrico. Com uma gama extremamente variada e diversa de sintomas, o TDAH passou a ser o transtorno psiquiátrico infantil mais estudado pelos psiquiatras, ganhando especial destaque nos Manuais Estatísticos Diagnósticos.

Joseph Knobel Freud (2014), fundador e docente da Escola de Clínica Psicanalítica com Crianças e Adolescentes de Barcelona, afirma que os reflexos dos super diagnósticos não são encontrados apenas nas escolas e instituições de ensino, mas também nas clínicas, onde relata observar um número cada vez maior de pacientes jovens diagnosticados com o transtorno. Tamanha a projeção diagnóstica que não é exagero dizer que estamos diante de uma verdadeira epidemia.

Com o transtorno no alvo da psiquiatria, milhões foram investidos para tentar encontrar a origem do transtorno, todavia, apesar do enorme esforço da comunidade psiquiátrica, até então, não encontraram marcos neurobiológicos/neuroquímicos e/ou genéticos que tivessem força suficiente para atestar a origem biológica do transtorno, como cita o último manual publicado até então, o DSM-V. Portanto, torna-se necessário reconhecer a origem multicausal e complexa do TDAH, implicando a existência de múltiplas causas e fatores. (CARVALHO, SANTOS, 2016)

A primeira edição do DSM surgiu em 1952 e desde então vem sendo revisada e reeditada (BARRIO, 2009). O percurso histórico foi turbulento e marcado por diversas aproximações e afastamentos teóricos até a terceira publicação do DSM, em 1980, na qual simbolizou um fim definitivo às interpretações mais simbólicas e amplas, definindo como padrão um modelo de categorização e diagnóstico a-teórico e fisicalista, atestando que todo e qualquer transtorno mental teria estrita ligação com as bases biológicas (JANE; RUSSO 2006). As consequências diagnósticas desta ruptura foram diversas, e no TDAH não foi diferente.

Segundo o DSM-V (2013), o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade é categorizado dentro da sessão de Transtornos de Neurodesenvolvimento, tendo seu início, necessariamente, na infância, mais especificamente antes da criança ingressar na escola. De forma geral, os principais sintomas que sustentam o diagnóstico de TDAH, segundo o manual, podem ser descritos como: desatenção, desorganização e/ou hiperatividade e impulsividade. O diagnóstico pode ser estabelecido se seis ou mais sintomas estiverem presentes no comportamento do indivíduo

em um intervalo de pelo menos seis meses. De acordo com a quinta edição, por existirem três subtipos de TDAH, não é necessário marcar sintomas referentes a "desatenção" e "hiperatividade e impulsividade", apenas sintomas presentes em um destes pilares basta para fechar o diagnóstico.

Considerando os avanços da psiquiatria moderna em direção a um movimento de primazia do biológico desde 1980 que se perpetuam até os dias atuais (JANE; RUSSO 2006), no qual buscam incessantemente estabelecer uma conexão causal entre transtornos mentais e bases biológicas, tendo em conta a pluralidade de sintomas, que implicam a existência de múltiplos fatores por trás do diagnóstico, e a influência que os DSMs têm dentro da psiquiatria, surge o questionamento: como a forma narrativa e diagnóstica presente no DSM-V pode influenciar os super diagnósticos de TDAH na atualidade?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos gerais**

Por meio de um olhar crítico a psiquiatria moderna e suas práticas, é possível problematizar diversos campos dentro das patologias, contudo, o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresenta brechas bastante significativas em sua constituição, descrição enquanto patologia e tratamento, principalmente se analisado a partir das categorias oferecidas pelos Manuais Diagnósticos Estatísticos de Doenças Mentais, os DSMs (FREUD, 2014). Trata-se de ir além das críticas ao TDAH em si, mas investigar principalmente a lógica por trás da razão dos crescentes números de diagnósticos em níveis globais (VIÉGAS; OLIVEIRA, 2014), questionar como o sujeito é impactado pelos ideais da medicina moderna presentes nos DSMs, assim como os possíveis atravessamentos subjetivos. A crítica parte de da concepção universalizante da ciência médica ocidental e de como seus reflexos impactam nas descrições e categorizações das patologias, entendendo como esta lógica narrativa médica presente nos manuais se estende para além de suas fronteiras acadêmicas, infiltrando-se, também, na subjetividade dos indivíduos. Portanto, torna-se essencial compreender tal lógica como produtora de uma nova racionalidade, ou seja, processos simbólicos passam a ser compreendidos dentro da chave descritiva, categórica e empirista, refletindo na percepção dos conceitos de “saúde” e “patologia”.

Os reflexos da lógica médica biologizante são muitos, portanto, devido a complexidade deste tema, o trabalho se aprofundará nas reflexões descritas nos objetivos específicos a seguir.

### **Objetivos específicos**

Apesar das diversas facetas que podem construir um fenômeno diagnóstico, este trabalho não discutirá o impacto da indústria farmacêutica, assim como dos fármacos utilizados para tratar o transtorno, também não abordará a questão dos modelos educacionais inadequados. O objetivo deste trabalho centrar-se-á na investigação de um dos possíveis atravessamentos por trás dessa explosão diagnóstica global: a narrativa e categorização sintomática do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade presente na quinta edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Doenças Mentais.

Entendido como a bíblia da psiquiatria moderna (RUSSO; VENÂNCIO, 2006) os DSMs são vistos como fonte de conhecimento para compreender e tratar os transtornos mentais, portanto,

busca-se compreender e investigar como a forma que narramos e categorizamos o TDAH dentro dos manuais pode impactar nos diagnósticos excessivos.

Cabe frisar que este trabalho não pretende discutir a veracidade do transtorno ou negar qualquer tipo de sofrimento que acometa àqueles com TDAH, a essência deste trabalho constitui-se em problematizar como a forma diagnóstica utilizada pela medicina moderna, balizada pelos DSMs, pode levar a uma banalização da patologia, conduzindo a uma explosão de diagnósticos. No mais, não é o objetivo desta pesquisa descredibilizar a produção e conteúdo dos DSMs em sua totalidade, mas sim questionar e refletir acerca da forma como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é categorizado e descrito.

- A forma narrativa contida no DSM-V acerca do diagnóstico TDAH pode ser um dos atravessamentos por trás dos super diagnósticos do transtorno na atualidade?

## **METODOLOGIA**

Em “Ensinando pensamento crítico: Sabedoria prática” (2020), bell hooks<sup>1</sup> afirma que colaborar com diferentes pensadores e epistemes é a chave para uma visão mais ampla das dinâmicas estudadas. No mais, a autora resgata em seu método de pesquisa e de ensino os ideais deixados por Paulo Freire: a intersecção da dimensão política no campo do ensino, assim como a ênfase no campo coletivo. Para além do reconhecimento da pluralidade de realidades, trata-se de entender o sujeito como integral, buscando sempre saber como cada um vive e reconhece suas vivências; tais práticas eram pilares da filosofia freiriana, assim como posteriormente foram adotadas por hooks em suas produções acadêmicas. À vista disso, esta pesquisa utilizou como instrumentos de investigação revisões bibliográficas do tipo narrativo, sempre buscando intersecções que complementem e acrescentem à crítica histórica epistemológica acerca do objeto estudado, ou seja, a pesquisa não teve como objetivo enumerar ou medir eventos, mas sim analisar descrever e postular fenômenos e reflexões a partir do método descritivo e de caráter qualitativo.

---

<sup>1</sup> A autora optou por sempre grafar seu nome em minúsculo como um gesto político, para que o leitor prestasse atenção em sua obra e suas ideias, e não nela mesma. Portanto, em respeito às escolhas de hooks enquanto pensadora e pesquisadora, manteremos assim.

## 4. CAPÍTULO TEÓRICO

No presente capítulo, levantaremos a base teórica para, depois, iniciarmos a discussão acerca dos temas e conceitos levantados. Aqui, cinco subcapítulos serão apresentados, englobando desde a questão da linguagem e da cultura até a presente descrição do TDAH dentro do DSM-V. A ordem escolhida respeita a base dos conceitos para estruturar as discussões, portanto, inauguramos o capítulo teórico com subcapítulos iniciais com conceitos basilares que atravessam fundamentalmente as ideias posteriores, como a questão da linguagem e a problemática da cientificidade; por lógica, deixamos os conceitos mais recentes, como a apresentação dos DSMs e a descrição atual do TDAH, por último.

### 4.1. A linguagem como produtora de sentido

Para analisar de forma crítica como as formas narrativas presentes nos Manuais Estatísticos e Diagnósticos dos Transtornos Mentais (DSMs) impactam a compreensão sobre fenômenos coletivos e individuais, deve-se antes falar sobre linguagem. Mexias-Simon (2012), pós-doutora em linguística, em sua produção “Linguagem e cultura” elucida de forma clara o potencial da linguagem; lá, a autora resume brevemente o conceito de cultura, segundo a visão antropológica, como:

“(...) o conhecimento que a pessoa detém em virtude de ser membro de determinada sociedade. Conhecimento esse que envolve o saber prático, saber se algo deve ser feito de determinada maneira, para melhor resultado, independentemente de sua veracidade real. Não se distingue, nesse momento, o saber teórico do saber prático, ou mesmo da chamada superstição. Em resumo: dá-se o nome de cultura a todas as criações humanas.” (MEXIAS-SIMON, 2012, p. 15).

Tendo em vista a definição levantada pela autora, pode-se inserir a linguagem como algo intrinsecamente ligado às produções sociais, ou seja, a linguagem é produto adquirido em detrimento do indivíduo na sociedade. Evoluindo a linha de raciocínio e considerando a definição de “cultura” previamente mencionada, é factual assumir que existam diferenças em relação a crenças, premissas e até mesmo dogmas, uma vez que diferentes culturas priorizam diferentes tipos de saberes, resultando em diferentes concepções individuais sobre fenômenos internos e externos. Em outras palavras, “ (...) a linguagem determina o pensamento, a visão do mundo (...)” (MEXIAS-SIMON, 2012, p. 16).

A autora vai ainda mais longe em relação ao poder da linguagem, ela enfatiza o poder ideológico por trás da escolha de cada palavra, mencionando que o léxico espelha os valores de determinada sociedade, portanto, não existe linguagem vazia de sentido, “neutra”. Em suma, podemos definir o papel da língua em basicamente três eixos essenciais: “(1): resultado, ou súmula; (2) O meio de operação; (3) A condição para subsistência” (MEXIAS-SIMON, 2012, p. 17). Esses três tópicos são essenciais para a compreensão das consequências geradas pelas formas narrativas presentes no DSM’s, já que as funções da língua não são unicamente instrumentais, no sentido de expressar emoções e pensamentos, a língua também permite a experiência de se alcançar estados mentais, estabelecendo uma ligação entre língua e pensamento, uma vez que o indivíduo, ao se comunicar, não cria novos signos, apenas faz uso do léxico já disponível, ou seja, aquele que a sociedade lhe transmitiu. Por isso, torna-se crucial na análise que virá a seguir, compreender que nada do que está posto nos moldes descritivos dos DSM’s, principalmente no recorde sobre o diagnóstico de TDAH no DSM-V, como arbitrário e contingencial; toda e qualquer linguagem é dotada de ideologia.

Contudo, como já mencionado por Mexias-Simon (2012), as práticas culturais, em uma relação dialética com a linguagem, apresentam claras contradições entre saberes e dogmas quando analisadas através da ótica de diferentes culturas. Isso traz à tona outro grande problema que orbita em torno da lógica questionável por trás da forma narrativa e discursiva presente nos DSM’s: a questão da cientificidade e a problemática dos dogmas científicos

#### **4.2. A questão da cientificidade e a falsa noção da ciência dogmática**

André Martins (2004), resgatando Foucault (1979), denuncia a violência que os corpos lidos como patológicos sofrem atualmente. A falta de autonomia sobre a forma como serão tratados, como devem se portar e o que devem fazer, segundo o autor, vem de uma elitização da norma, ou seja, existe uma elite, munida de poder, que dita a realidade presente em cada indivíduo, pautando a medicalização autoritária e o controle médico. (MARTINS, 2007)

A partir deste raciocínio, a medicina torna-se uma ditadora moral, guiada não simplesmente pelo “bem” ou pela saúde, mas pelo ideal de saúde vigente no sistema neoliberal, cujo foco e constituição do sujeito moderno se dão a partir da individualidade extrema.

"O Estado somente se importou com a saúde da população quando percebeu que obteria lucro financeiro com isso, que a morte das pessoas gerava perdas financeiras, e que a saúde era um eficaz meio de controle social e de exercício de um biopoder sobre os indivíduos." (MARTINS, 2007, p. 120)

Contudo, apesar da questão financeira constituir um pilar essencial da medicalização autoritária, o autor centrar-se-á no controle sobre os indivíduos, e para isso, é necessário compreender que na era do capitalismo tardio, os representantes do poder não são mais encabeçados pela figura estatal, e sim, majoritariamente, pela figura dos veículos responsáveis por disseminar informações. (MARTINS, 2007)

Ainda nos debruçando sobre as obras do filósofo e psicanalista André Martins (2004), se apresentará uma breve conceitualização acerca de suas concepções de cientificidade, e como isso pode impactar na criação de um “ideal de saúde”, refletindo na forma como os corpos são taxados de sadios ou patológicos.

Segundo Martins (2004), podemos considerar, resumidamente, como científico um conhecimento que se propõe a ter a capacidade de universalização. Consequentemente, se adotarmos tal lógica como verdadeira, não é possível que exista ciência do particular (não é possível que existam leis que aplicam-se para um só caso). Como pontua o autor “um conhecimento, para que seja científico, deve poder abranger um espectro de casos que ultrapasse aqueles diretamente estudados” (MARTINS, 2004, p. 22), ou seja, é possível apontar a problemática em considerar a Ciência como um dogma, isto é, algo que seja válido universalmente. A validade da ciência situa-se, justamente, dentro de um universo em questão.

A vista disso, outro aspecto essencial para a tentativa de universalização de alguma ciência e assim tornar minimamente possível sua aplicabilidade é reduzir as características e traços singulares do objeto estudado, e é precisamente neste ponto em que a problemática da medicina científica se estabelece. As vantagens e desvantagens desta redução são paradoxais, já que quanto menos características singulares um objeto possui, maior a sua extensão à uma generalização, alcançando um universo maior. Contudo, simultaneamente, quanto menos características singulares são levadas em consideração na aplicabilidade de uma ciência para com um objeto, mais vaga e difusa será tal ciência (MARTINS, 2004)

Cabe frisar que é evidente que alguns núcleos científicos são mais extensíveis que outros, como o caso das matemáticas, que mesmo trabalhando com reduções (como todas outras ciências), conseguem uma boa universalização de sua aplicabilidade. Mas, em outros casos, essas reduções e relativizações dos objetos podem causar grande prejuízo na concepção e leitura de determinado fenômeno, como é o caso da psiquiatria moderna. (MARTINS, 2004)

Esta forma de conceber a cientificidade trouxe muitos ecos à sociedade contemporânea. Um dos principais, a título de exemplo, pode ser apreendido na compreensão dogmática que as ciências médicas possuem, encaram-a como um oráculo que desvendará a verdade acerca de determinado objeto estudado.

Um exemplo claro deste fenômeno, atualmente, pode ser observado na psiquiatria, lida como capaz de desvendar e curar todos os mistérios por trás da mente e do comportamento humano. Mais especificamente, os DSMs tiveram parte ativa na construção desta lógica dogmática, assim como nas concepções de “saúde” e “patologia”, portanto, é necessário fazer um breve panorama histórico, discorrendo, posteriormente, acerca de sua influência.

### **4.3. História e evolução dos DSMs**

Neste tópico serão apresentados os caminhos que os Manuais Estatísticos Diagnósticos percorreram ao longo da história, assim como suas principais modificações, interferências e influências. A pesquisadora, professora, psicóloga e médica Maria Victoria del Barrio (2009) será a principal condutora no que tange a retomada deste percurso histórico que envolve a criação e evolução dos DSMs.

A primeira versão do manual surge no contexto da Segunda Guerra Mundial, mais especificamente em 1952, através da necessidade dos soldados afetados demandarem classificações comuns para seus distúrbios causados pelos traumas de guerra. Como resultado deste movimento, e com muita influência das Classificações Internacionais de Doenças (CID), é publicada a primeira versão do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais. Barrio (2009) destaca o contexto diverso no qual a primeira versão do manual foi publicado, ou seja, uma produção plural, feita através de diversas colaborações e consensos. Apesar do esforço, o manual não ficou isento de críticas, e elas abrangiam desde a psicologia à medicina, que afirmavam que o manual, apesar de ser útil para psicoses, era de pouca confiabilidade. Anos mais tarde, em 1968, com influências da psicanálise e dos neokrepelianos, criou-se o DSM-II, outras 39 categorias foram adicionadas e discutiram sobre algumas terminologias, como a esquizofrenia. (BARRIO, 2009)

Diferentemente das edições anteriores do DSM, a terceira publicação teve objetivos bastante distintos, eram eles: expandir o uso do DSM a todos os profissionais; diferenciar os níveis de severidade dos transtornos; manter uma proximidade com o CID-9 (o mais recente até então) e estabelecer diagnósticos com bases empíricas. Além das 265 categorias adicionadas desde a última publicação, foram adicionados pilares norteadores no manual, como: síndromes clínicas; problemas de desenvolvimento infantil e transtornos adultos e transtornos com causa orgânica. Previsivelmente, não faltaram críticas a esta terceira edição no que tange o salto gigantesco entre o

número de categorias e a exclusão da psicanálise<sup>2</sup>. Durante a publicação do DSM-III, seu uso já era amplo e difundido, contudo, foi em 1987, ao publicarem a terceira versão revisada que seu uso foi ampliado e generalizado. (BARRIO, 2009).

As edições que seguiram a terceira publicação, permaneceram no mesmo rumo, ou seja, foram balizadas por alguns objetivos principais, como: abreviar os critérios; linguagem clara; declaração explícita das construções diagnósticas; levar em consideração as coletas empíricas recentes e diálogo com a última publicação da Classificação Internacional de Doenças (o CID-10). Nos anos 2000, foi publicada a quarta versão revisada; nela, foram adicionadas mais especificidades e subgrupos no que se refere ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e ao Autismo.

Apesar de toda história que percorre o DSM ter sua relevância, é necessário compreender como, ao longo de sua evolução, as patologias eram classificadas e diagnosticadas, isto é, entender quais eram os principais eixos norteadores presentes em cada manual no que tange abordagens, teorias e influências, principalmente no que diz respeito às suas aproximações e distanciamentos com a psicanálise e suas implicações. No mais, torna-se essencial frisar as consequências sobre a ruptura referente a terceira versão do manual.

A influência da psicanálise na primeira versão do Manual era clara, principalmente se analisarmos como as doenças mentais eram concebidas e compreendidas: através de uma lógica psicossocial que considerava e preservava, de certa forma, a individualidade de cada sujeito. Contudo, o período de maior latência da psicanálise dentro dos manuais foi em 1968, durante a segunda publicação, na qual surge um conceito mais elaborado de doença mental: “a perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento” (JANE; RUSSO, 2006, p. 464).

Segundo Jane e Russo (2006) é na década de 80, com a terceira publicação, que ocorre uma ruptura significativa na narrativa dos manuais e com as classificações até então utilizadas, essa ruptura é classificada pelas autoras em 3 eixos principais: rompeu-se com a diversidade de classificações, portanto, na terceira edição segue-se o padrão de uma única lógica classificatória; rompeu-se também com a pluralidade de saberes, predominando uma hegemonia da psiquiatria norte-americana e colocando um fim à psicanálise; e, o eixo mais fundamental, instituiu novas concepções sobre o normal e o patológico.

---

<sup>2</sup> Os mecanismos de defesa, funções do ego foram excluídos e o termo “neurose” foi substituído por “transtornos de ansiedade”

Considerando todas essas mudanças acerca do diagnóstico e classificação, a terceira edição do manual foi designada como a-teórica, pois não mais baseava-se em uma teoria para estabelecer as categorias classificatórias, e sim na empiricidade e mensurabilidade dos transtornos. Dada esta revolução terminológica, com pressupostos a-teóricos que visavam a neutralidade, o DSM-III, passou a ser compreendido como uma bíblia psiquiátrica. O manual, que anteriormente era relevante apenas para os trabalhadores da área da saúde, passou a ter objetivos mais generalizáveis, levando não só à globalização da psiquiatria norte-americana, como também a uma grande afinidade com a indústria farmacêutica, na qual passou a investir pesadamente em pesquisas para comprovarem a eficácia de seus novos fármacos. (JANE; RUSSO, 2006)

A consequência mais imediata observável, segundo as autoras, gerada a partir desta nova lógica foi o fenômeno das super identificações, proporcionando um salto de 180 categorias (presentes no segundo DSM) para 295 na terceira edição. Outro marco observável, que vem como consequência da narrativa fisicalista é o fato de, aos poucos, a divisão entre “transtornos mentais orgânicos” e “transtornos mentais inorgânicos” ser abandonada, implicando que todas as doenças mentais, sem exceção, tem estrita relação e dependência com as bases biológicas.

A revisão feita da ruptura no que diz respeito às formas de diagnóstico e classificação presentes no DSM-III são importantes de serem mencionadas pois tiveram ecos enormes nas concepções sobre o adoecimento psíquico, seus tratamentos e formas de diagnóstico que refletem no modelo atual. No mais, as autoras frisam a importância da crítica aos galopantes números de diagnósticos que crescem a cada edição do manual, já que: “a atual abrangência classificatória dos DSM’s, ao se estender indefinidamente, corre o risco de abolir a própria razão de ser do manual: assinalar a presença ou a ausência de patologia.” (JANE; RUSSO, 2006, p. 475)

Não é de se surpreender que a evolução dos DSMs influenciou a forma como a maioria dos transtornos mentais eram descritos, afinal, as diferenças narrativas no decorrer das evoluções dos manuais eram notórias, seja na forma de categorizar e classificar quanto de diagnosticar tais transtornos. No que diz respeito ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade suas formas diagnósticas também sofreram drásticas mudanças com o evoluir dos manuais, não escapando das revoluções classificatórias.

#### **4.4. História e evolução do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade**

Caliman (2010), em sua minuciosa pesquisa acerca da história do TDAH, frisa sobre a volatilidade dentro da comunidade científica no que tange o diagnóstico e descrição do transtorno.

A primeira aparição do TDAH na literatura médica ocorreu por volta do início do século XX, e, desde seu surgimento até os dias atuais sua volatilidade se mantém presente, já que seus critérios diagnósticos, descritivos e categóricos sofreram diversas mudanças e inconsistências. A história oficial do TDAH sempre foi repleta de fronteiras obscuras e nebulosas no que diz respeito ao diagnóstico, balizadas por noções difusas do que seria interpretado como normal e do que seria interpretado como patológico.

A criança enquadrada com TDAH sempre sofreu diversos estigmas. Ao longo da evolução dos critérios diagnósticos, diversas hipóteses foram traçadas, indo desde um defeito no controle moral, a possibilidade de uma deficiência mental, as sequelas deixadas pela encefalite letárgica, a hiperatividade até enfim chegar ao diagnóstico atual de Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade.

A autora também aponta para algumas diferenças marcantes antes da publicação da terceira versão do DSM em 1980. Depois da publicação, a ênfase diagnóstica não era mais sobre o elemento “hiperativo”, e sim sobre a o elemento “desatenção”. Portanto, o diagnóstico do transtorno não dependia mais da presença do elemento hiperativo, abrindo margem para diversas outras interpretações do transtorno. As mudanças não pararam por aí, com as novas formas descritivas presentes nos manuais, as pessoas enquadradas com TDAH eram lidas através do discurso científico médico não como deficientes ou como mal desenvolvidas, mas sim como indivíduos mal adaptados, portanto:

“(…) os diagnósticos incluídos na história do TDAH são aqueles que fortaleceram o processo de patologização dos indivíduos incapazes de satisfazer as expectativas morais, políticas e econômicas da sociedade na qual viviam” (CALIMAN, 2010, p. 50)

Caliman (2010) resgata as bases históricas na qual ocorreu o surgimento do TDAH. Retomando as descrições feitas por George Still (1902), médico pioneiro no debate em relação ao transtorno, a autora pontua que a patologia tinha como base uma questão moral, indicando que Still acreditava em um suposto controle moral inato, que, quando desregulado, manifestava-se como um cérebro moralmente desordenado. Contudo, apesar de Still apontar para essa moralidade inata nos indivíduos, o médico também afirmava que nem sempre era possível delimitar os limites desta suposta moralidade, uma vez que seriam extremamente arbitrários, podendo variar de criança para criança.

No que diz respeito a esta régua moral usada como parâmetro para medir e balizar a patologia descrita por Still, os critérios analisados eram:

“1 – o grau excepcional e excessivo do defeito moral; 2 – a ausência de correspondência entre o ambiente da criança e seu comportamento (por exemplo, uma criança rica que tinha o costume de roubar coisas); 3 – a presença de comportamentos nocivos sem motivos justificáveis (a criança roubava, mas não fazia uso do objeto roubado ou devolvia-o para o dono logo depois do furto); 4 – a falha ou insuficiência da punição como ato corretivo e 5 – a consideração da história familiar e do ambiente de criação da criança” (CALIMAN, 2010, p. 53)

Caliman (2010), resgatando Rafalovich (2002), menciona a forte influência que as tentativas biologizantes e patologizantes da moral tiveram, isto é, as falas e categorias propostos por Still eram extremamente marcados pelos discursos e práticas que definiam seu tempo. As influências que a preocupação científica, médica, econômica e social tiveram na busca da origem do problema moral são visíveis. Contudo, apesar do tremendo esforço de Still e outros médicos em estabelecerem a origem fisiológica desta “desordem moral” foi em vão, já que nunca conseguiram comprovar empiricamente suas afirmações.

Assim como o TDAH, a crise de encefalite letárgica, descoberta em 1917, não encontrou apoio nas pesquisas médicas empiristas. Após anos de esforço e de milhões investidos, ainda assim não foi possível vincular causas orgânicas à aparição da patologia. Assim, a encefalite passou a ser descrita como uma síndrome de origem indeterminada, ainda vinculada a uma possível patologia cerebral, mas sem causa definida. Dado suas similaridades no diagnóstico, a encefalite letárgica é considerada uma das principais precursoras do TDAH (CALIMAN, 2010)

Em seu percurso histórico sobre o TDAH, Caliman (2010) discorre sobre as similaridades do movimento da biologia moralizante do início do século XX, assim como a crise de encefalite letárgica, por volta de 1917, com o atual diagnóstico de TDAH. O foco recai principalmente sobre a história do “sujeito cerebral”, isto é, em como a psiquiatria ao longo dos anos e através de grande esforço, tentou provar as bases biológicas do transtorno, enfatizando a visão empirista. No mais, a autora também frisa a importância de reconhecer como os valores morais vigentes de cada época foram naturalizados e inscritos no corpo dos indivíduos. Sua análise discorre principalmente sobre as origens do diagnóstico atual e de como este foi construído a partir de outros diagnósticos generalistas e abrangentes.

Lacet e Rosa (2017) também destrincharam os caminhos nebulosos da história diagnóstica do TDAH aprofundando mais em suas evoluções diagnósticas. Ao debruçarmos sobre as investigações feitas, é possível perceber que historicamente, o que entendemos atualmente como uma patologia nem sempre foi categorizado e narrado como um transtorno em si. Sua primeira “aparição”, ou o que mais se aproxima da história do TDAH, ocorreu em 1897; dentro do quadro de

retardo mental leve, a instabilidade era um dos principais sintomas. Posteriormente, em 1923, surgiu o termo “hipercinético” para descrever as sequelas deixadas após uma epidemia de gripe e encefalite, cuja os sintomas principais eram: movimentação incessante e desordenada, incapacidade de ficar no lugar, problemas de concentração, memória e aprendizagem e dificuldade de adaptação social. Em torno da década de 60 pesquisadores norte-americanos e canadenses tentaram estabelecer a causa, mais especificamente uma etiologia, para a hipercinese e, como não conseguiram encontrar nenhum vínculo orgânico, supuseram que poderia existir uma lesão cerebral mínima não detectável, o que foi posteriormente cunhada de Disfunção Cerebral Mínima. O ponto de virada no que tange o TDAH ocorre na segunda edição do DSM, onde aparece não mais como representante de um conjunto de sintomas, mas como uma patologia em si. (LACET; ROSA, 2017).

#### **4.5. O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade segundo o DSM-V**

Dentro do DSM-V, publicado em 2013, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade é categorizado dentro da seção de Transtornos de Neurodesenvolvimento, implicando que os sintomas têm início no período do desenvolvimento. Fundamentalmente, o transtorno tem início na infância, mais especificamente antes da criança ingressar na escola, acarretando em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional, com tendências de persistência durante a vida adulta. Desatenção (mais especificamente a incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais), desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade, assim como a atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar, são definidores do TDAH segundo o manual.

No que diz respeito às metas e habilidades acadêmicas, segundo o Manual, as pessoas com TDAH apresentam esforços extra para atingi-las. Contudo, apesar do transtorno ser comumente associado à déficits acadêmicos e escolares, o TDAH também pode ocorrer em pessoas categorizadas como muito habilidosas intelectualmente e portanto, esses esforços extra citados previamente podem aparecer, por exemplo, sob demandas de aprendizagem, como avaliações, testes e provas.

O TDAH possui dois pilares base para construir seu diagnóstico, são eles: a desatenção e a hiperatividade/impulsividade. O diagnóstico pode ser inferido se seis ou mais sintomas forem

assinalados em um intervalo de pelo menos seis meses<sup>3</sup>, apresentando um grau inconsistente com o nível do desenvolvimento, assim como impactando negativamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais. Cabe mencionar que no caso de adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), apenas cinco sintomas são requeridos para fechar o diagnóstico.

Os seguintes tópicos compõem a categoria "desatenção": (1) dificuldade em prestar atenção em detalhes; (2) dificuldade frequente em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, como manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas; (3) aparentar ter dificuldade em não escutar os outros quando lhe dirigem a palavra; (4) dificuldade de seguir instruções até o fim, por exemplo, rapidamente perde o foco quando inicia alguma tarefa; (5) dificuldade em organizar tarefas e atividades; (6) evitar e/ou não gostar de se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado, como trabalhos escolares, lições de casa ou revisões de trabalhos longos, sendo que no caso de adolescentes mais velhos e adultos pode estar relacionado ao preparo de relatórios, formulário e/ou revisão de trabalhos longos; (7) frequentemente perde coisas necessárias para tarefas, como matérias escolares no caso de crianças e chaves, óculos, carteira no caso de adolescentes mais velhos e adultos; (8) são pessoas facilmente distraídas por estímulos externos, no caso de adolescentes mais velhos pode estar relacionado também a pensamentos não relacionados; (9) e frequentemente esquecem atividades cotidianas, como realizar obrigações ou tarefas, como esquecer de retornar ligações, pagar contas ou manter horários agendados.

No que diz respeito ao segundo pilar constituinte do diagnóstico, a hiperatividade/impulsividade, as seguintes categorias o compõem: (1) frequentemente remexe ou batuca os pés ou mãos ou se contorce na cadeira; (2) recorrentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado; (3) frequentemente corre ou sobe em coisas em momentos inapropriados, no caso do adulto este sintoma pode manifestar-se como uma sensação de inquietude; (4) dificuldade em envolver-se em atividades de lazer calmamente; (5) constantemente age como se estivesse inquieto; (6) com frequência fala demais; (7) frequentemente termina a frase dos outros, dificuldade em aguardar a vez de falar; (8) dificuldade em esperar sua vez, como aguardar em filas; (9) frequentemente interrompe ou se intromete.

Como já mencionado, o TDAH tem início necessariamente na infância, com a exigência de os sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Segundo o manual, no caso do

---

<sup>3</sup> Para ser diagnosticado com o transtorno não é necessário apresentar sintomas dos dois pilares (desatenção e hiperatividade/impulsividade), apenas marcar em um deles já é o suficiente para ser diagnosticado com TDAH, uma vez que existem três subtipos do transtorno (apresentação combinada, apresentação predominantemente desatenta e a apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva)

diagnóstico tardio, ou seja, depois dos 12 anos, as lembranças do paciente podem não ser confiáveis, sendo necessário ter informações de terceiros. Como informa o DSM-V, não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH, e os sintomas podem variar conforme o contexto e ambiente em que o indivíduo está inserido, portanto:

“Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes” (DSM-5, 2013, p. 61)

No que tange questões diagnósticas relativas à cultura, os níveis diagnósticos podem variar dependendo da região, fator principalmente atribuído a práticas diagnósticas e metodológicas diferentes. No mais, podem haver variações culturais nas interpretações do comportamento infantil. Em outras palavras, práticas e grupos culturais podem interferir na pontuação de sintomas por informantes (terceiros), demonstrando a importância do contexto e ambiente na avaliação do TDAH.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo será feita uma breve discussão em torno dos dados apresentados anteriormente e, para fins elucidativos, a discussão será dividida em três subcapítulos com temáticas que, apesar de orbitarem em volta da mesma problemática, possuem nuances dignas de divisões.

Retomando brevemente parte dos dados apresentados no capítulo anterior, poderíamos descrever que o principal objetivo deste aglutinado de descrições que compunham o primeiro DSM era principalmente estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos, e não estabelecer uma divisão entre o “normal” e o “patológico”. Sua segunda edição sofreu com ajustes e influências de um instrumento classificatório similar, o CID, e, com isso, iniciam-se as aproximações graduais da promoção de uma psicopatologia baseada no biológico, mas é só com a terceira edição (em 1980) que a primazia do orgânico empirista se solidifica (DUNKER, 2021).

A partir de então, os próximos DSMs publicados, apesar de apresentarem diferenças, seguem o mesmo padrão a-teórico e biologizante. No que tange o DSM-V (objeto de análise desta pesquisa), tem-se como produto deste movimento empirista, um manual a-teórico e super especificado, com mais de 300 diagnósticos descritos. As consequências desta forma de narrativa são inúmeras, uma vez que os diagnósticos são construídos sem serem fundamentados em hipóteses que consigam abarcar as particularidades e contexto social de cada sujeito, problema já suscitado por Martins (2004) quando o mesmo discorre sobre a problemática acerca da confiabilidade e aplicabilidade dos, até então, dogmas científicos. Dunker (2021) exemplifica um dos fenômenos e reflexos desta super especificação dos diagnósticos: segundo o autor, existem 256 sintomas combinados compatíveis com o diagnóstico *borderline*. A mesma análise combinatória de sintomas poderia ser aplicada ao diagnóstico de TDAH e suas inúmeras variações, na qual certamente encontraríamos diversos sintomas combinados, nos indicando tamanha incerteza presente nas descrições diagnósticas do DSM-V.

As críticas feitas à forma narrativa do DSM-V apresentadas anteriormente, no que tange o diagnóstico de TDAH, não são despropositadas; elas tem o intuito de chamar a atenção para a falta de reflexões críticas nas descrições, o que conseqüentemente nos entrega uma forma narrativa completamente generalista e totalizante. No DSM-V, dentro do transtornos de neurodesenvolvimento e na seção do TDAH, depois de todas as descrições que categorizam o diagnóstico, encontramos uma parte intitulada: “Questões Diagnósticas Relativas à Cultura”, nela temos a seguinte descrição:

“Diferenças regionais nas taxas de prevalência do TDAH parecem principalmente atribuíveis a práticas diagnósticas e metodológicas diferentes. Entretanto, pode haver, ainda, variações culturais em termos de atitudes ou interpretações acerca do comportamento infantil.” (DSM-V, 2013, p. 62).

Nestas poucas linhas, no que é possível observar, a própria construção narrativa que pressupõe como base os fenômenos organicistas e biológicos, apresenta contradições, uma vez que, diferentes culturas divergem no que diz respeito à construção de pressupostos e saberes, impactando ativamente na construção subjetiva dos indivíduos e, assim sendo, nas construções linguísticas de cada cultura (MEXIAS-SIMON, 2012). Conseqüentemente, se não considerarmos os fatores culturais e sociais como primeiros moduladores do TDAH, estamos apenas (re)produzindo e fomentando modelos puramente descritivos, estimulando cada vez mais um descolamento entre sujeito e sintoma. Como resultado deste modelo narrativo presente no DSM-V, obtemos também o fenômeno que fomenta a desconsideração das interpretações feitas pelo próprio sujeito acerca de si mesmo, uma vez que sua narrativa é interdita pelo modelo oferecido pelo DSM. As categorias contidas dentro do próprio manual podem dificultar o potencial crítico do sujeito no processo de compreensão de si mesmo, uma vez que a gramática normativa ali posta entra como uniformização, generalização e massificação dos sintomas (DUNKER, 2021).

Silva Júnior (2021) pontua que a forma de se produzir e narrar as patologias, fomentada também pela lógica mercantil, descola o sujeito de sua historicidade e de sua subjetividade, impossibilitando a potencialidade crítica na esfera social, ou seja, se partirmos do pressuposto de que toda patologia e distúrbio encontra-se invariavelmente no âmbito orgânico, ausentamos os modelos sócio-político-econômicos de sua responsabilidade diante da produção e manutenção do mal-estar/sofrimento psíquico. Em outras palavras, criamos uma psicopatologia a-crítica e colocamos a responsabilidade no “corpo doente”, que contém em si um desvio que deve ser corrigido através de medicamentos.

Birman (1999) adiciona mais duas variáveis que contribuem de forma valiosa para a crítica perante o fenômeno de racionalidade biologizante em que vivemos atualmente: a historicidade da psiquiatria e seus enlaces com a medicina e o debate em torno da concepção de enfermidade. Sobre o primeiro tópico, o autor menciona que não é recente a pretensão da psicopatologia em ter como absoluto um fundamento biológico, retomando que essa aproximação e ambição derivam de movimentos biologicistas que associam tais fundamentos como uma garantia de verdade absoluta. A psiquiatria sempre almejou se encaixar nos modelos anátomo-clínicos da medicina, contudo, a busca por causas orgânicas no que diz respeito aos distúrbios e transtornos mentais, em sua grande maioria das vezes, mostrava-se infrutífera, esbarrando sempre em eixos morais.

Desde a década de 70 e 80, a psicopatologia se apoia na revolução farmacológica como principal tentativa de aproximar-se das bases organicistas, trazendo como consequência também uma mudança significativa na forma de se interpretar a psique, reestruturando os saberes, onde as intervenções psicofarmacológicas estão em primeiro plano e a psicoterapia em uma posição subalterna (BIRMAN, 1999).

A segunda variável apresentada pelo autor diz respeito à problemática em torno da concepção de enfermidade/patologia. De acordo com as ideias apresentadas e tendo em vista que atualmente um articulado de sintomas é interpretado e narrado como uma síndrome, produz-se como resultado uma lógica na qual a etiologia passa a ocupar uma posição periférica no que tange a construção e produção nosográfica (BIRMAN, 1999). Safatle (2011) também apresenta contribuições que auxiliam a compreensão desta nova forma descritiva. O autor nos indica uma aspiração em conseguir produzir e solidificar um pressuposto neutro (um “ponto de equilíbrio”) na forma de descrever as patologias presentes no DSM-V, já que, aproximadamente na década de 80 (com fortes influências do DSM-III) as categorias descritivas dos diagnósticos, sem uma base teórica norteadora, passaram a se apresentar como “fatos que falam por si mesmos”. Silva Júnior (2021) também frisa acerca dessa importância terminológica, nos apontando os múltiplos impactos e consequência nas formas de se produzir e consumir conhecimento dentro da psiquiatria. Contudo, um dos principais produtos dessa nova forma de produzir e propagar o saber, tem como resultado uma narrativa que pressupõe uma nosografia neutra, inviabilizando qualquer crítica reflexiva que possa surgir no bojo de um determinado diagnóstico.

Levando em consideração o pressuposto neutro mencionado por Birman (1999) e os produtos dessa forma narrativa levantados por Silva Júnior (2021), torna-se necessário adicionar à análise as ideias apresentadas por Rose (2006). O autor menciona que os ecos da virada narrativa consolidados a partir do DSM-III trouxeram muitas consequências para além da intenção de produzir uma nosografia neutra, e que, apesar de tais esforços, ainda é possível observar fortes traços moralizantes presentes nas categorias diagnósticas dos DSMs. A análise torna-se ainda mais complexa à medida em que compreendemos que não só as categorias diagnósticas dos DSMs estão contaminadas por traços moralizantes, como também o discurso médico. A infiltração do discurso moral dentro da clínica psiquiátrica é um problema central no que tange o fenômeno dos super diagnósticos, já que, segundo Rose (2006), mesmo em ambientes clínicos, o discurso médico mostra-se invariavelmente influenciado por variáveis que não deveriam ser consideradas durante uma sessão psiquiátrica, como sexo, idade, raça, origem social, sem mencionar as expectativas e crenças do próprio médico que, em muitas situações, ultrapassam o limite ético entre médico e paciente.

Intrinsecamente a essa mudança descritiva, muda-se também o ponto referencial do que pode ser interpretado como patológico. Safatle (2011) enfatiza que atualmente enxergamos as patologias como aquilo que subverte a normalidade, o que conseqüentemente coloca o conceito de normalidade como algo capaz de ser apreendido no mundo material. Resgatando Canguilhem (2002), o autor frisa que existem basicamente dois modos de compreensão dos limites entre o normal e o patológico, são eles: a teoria ontológica e a teoria dinamista funcional, óticas quantitativas e qualitativas, respectivamente, de se enxergar o corpo doente. Enquanto a primeira forma reduz a patologia a um fenômeno capaz de ser apreendido e analisado isoladamente, assim como a suposição de um corpo divisível, a forma qualitativa entende o corpo como uma unidade indivisível e dinâmica, assim como o próprio conceito de patologia, portanto, não é possível separar o sujeito de sua patologia ao estudar um corpo doente, sendo assim: “A doença aparece assim como um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade” (p. 18).

As formas descritivas presentes no DSM-V reafirmam a ótica quantitativa de se entender o corpo, ou seja, não tomando o devido cuidado em considerar o sujeito como uma totalidade, considerando que tudo aquilo que foge do “pressuposto neutro” é lido e interpretado como desviante e, conseqüentemente, patológico. Safatle (2011), resume:

“(…) a partir de uma relação normativa de ajustamento ao meio implica afirmar que não há fato algum que seja normal ou patológico *em si*. *Eles são normal e patológico no interior de uma relação entre organismo e meio ambiente*. Não há uma continuidade quantitativa entre normal e patológico, mas descontinuidade qualitativa” (SAFATLE, 2011, p. 18)

Apesar do eixo quantitativo moral nortear boa parte dos indicativos dentro do diagnóstico de TDAH, é possível encontrar muitas outras problemáticas para além desta no que diz respeito à forma narrativa do DSM-V, mais especificamente do TDAH. Como já mencionado no capítulo anterior, o modelo que nos é oferecido dentro do DSM-V na seção de TDAH pressupõe que, se seis ou mais sintomas (cinco sintomas no caso de pessoas mais velhas que 17 anos) estiverem presentes, em um intervalo de no mínimo seis meses, o diagnóstico pode ser fechado por um psiquiatra (DSM-V, 2013). Poderíamos facilmente sinalizar mais de uma área problemática dentro dessa forma descritiva para concluir um diagnóstico, contudo o que nos interessa é a supressão enunciativa que esta forma descritiva impõe ao sujeito. Silva Júnior (2021) menciona que os acontecimentos discursivos, isto é, tudo que entra no escopo da lógica descritiva e enunciativa, surgem atualmente a partir dos discursos fundados sobre os saberes - estes já discutidos por Martins (2004) - ou seja, nascidos do conceito de cientificidade e estudo de um determinado objeto pelas ciências

médicas-biológicas. As consequências destes saberes baseados nas ciências empíricas são muitas, entretanto, no que diz respeito às patologias mentais, a apropriação do sofrimento e a supressão da potencialidade enunciativa do próprio sujeito sobre si mesmo, são essenciais para a discussão; como o próprio autor menciona: “De um só golpe, essas formas de nomeação transformam os sofrimentos em “casos”, em expressões singulares de uma verdade universal e prévia sobre as formas de sofrer do ser humano” (SILVA JUNIOR, 2021, p. 46)

A supressão da potencialidade enunciativa provocada pela forma como os diagnósticos estão narrados dentro do DSM-V, se capilariza em muitas outras problemáticas, como a questão da produção da subjetividade, cultura, linguagem e os desafios que o DSM-V impõe acerca da e confiança que as descrições nos oferecem.

### **5.1. O impacto na produção da subjetividade sob o sistema neoliberal**

Para discutir os efeitos das formas narrativas dentro do DSM-V, devemos voltar a categorias fundamentais, como a de subjetividade. Segundo Araújo (2002), na atualidade entendemos a subjetividade como:

“(…) o espaço/moradia onde se organizam as nossas experiências existenciais, será o território no qual nos situamos, para podermos estabelecer relações com os outros, e para atribuir significado às experiências vividas. Sob nosso ponto de vista, esse significado se constitui junto com a própria produção da experiência cotidiana. A subjetividade se engendra no social e, o tempo todo, mantém com ele relações recíprocas de mútua constituição” (ARAÚJO, 2002, p. 82)

A partir da definição dada pela autora, podemos entender que a subjetividade opera basicamente na ordem representativa, conferindo certa organização para as mais variadas experiências. Posteriormente, Araújo (2002) adiciona uma variável à constituição das subjetividades na contemporaneidade: o tempo acelerado. Dada a forma de vida extremamente volátil e acelerada, temos como produto uma porção de mudanças, sejam elas de ordem social, política ou econômica, que ocorrem diariamente. Tais mudanças, segundo as ideias de Rolnik (1996) presentes no artigo de Araújo (2002), podem causar sensações de deslocamento e de estrangeirismo consigo mesmo, e é justamente nesse vazio causado pela relação dialética entre sujeito e sociedade que a lógica mercantil entra como instrumento que visa suplantar tal angústia. Araújo (2002), trazendo ideias de Guattari e Rolnik (1996), resume:

"(...) sociedades capitalistas tendem a bloquear os processos de singularização e instaurar processos de individualização. Os modos singulares de vida são desmanchados pelas pressões e ofertas do mercado e os homens passam a se organizar em padrões universais que os seriam, tornando-se meros indivíduos" (ARAÚJO, 2002 p. 83)

Considerando a colocação feita por Araújo (2002), podemos compreender as versões mais recentes dos DSMs como instrumentos que visam intermediar a relação entre sujeito e sua capacidade enunciativa (SILVA JÚNIOR, 2021). Contudo, a autora, com suas contribuições acerca da lógica mercantil neoliberal, nos fornece um horizonte mais amplo no que tange a crítica às categorias oferecidas dentro do manual, principalmente em relação ao TDAH, uma vez que sua descrição é extremamente dúbia, trazendo em suas entrelinhas uma fácil identificação.

Rose (2006), para demonstrar a dubiedade e a generalização presentes nas versões mais recentes do DSM, analisou um estudo feito por Kessler em 2005. Nele, o pesquisador chegou ao resultado de que em média 26,2% dos adultos americanos que responderam ao seu questionário se identificaram com as classificações presentes no DSM-IV, concluindo que: "Cerca de metade dos americanos irá se identificar com os critérios para um distúrbio do DSM-IV em algum momento de sua vida, com início geralmente na infância ou na adolescência" (KESSLER et al., 2005a *apud* ROSE, 2006, p. 467 - tradução nossa). Portanto, quando as ideias de Rolnik (1996) enfatizadas por Araújo (2002) evidenciam o movimento das sociedades neoliberais em promoverem bloqueios nos processos de singularização e instaurarem processos de individuação, pode-se entender a forma narrativa do DSM-V, pelo menos no que diz respeito às descrições do TDAH, como tentadoras, uma vez que tamponariam parte dos sofrimentos fomentados e produzidos pelo sistema neoliberal. No mais, não é possível deixar de citar as ideias de Mexias-Simon (2012) no que tange a magnitude da linguagem. Pode-se dizer que o fenômeno da super especificação dentro dos modelos do DSM-V aparecem como moldes já prontos para serem consumidos e reutilizados pelo sujeito no momento de narrar sua experiência, entrando justamente na perda de autonomia enunciativa (SILVA JUNIOR, 2021) e fazendo com que o sujeito se rearranje segundo modelos universais já prontos (ARAÚJO, 2002).

Em vez de analisar os possíveis sintomas sob uma ótica crítica e que vise a compreensão da fonte do sofrimento e angústia, apenas patologizam comportamentos que não necessariamente seriam justificados por um transtorno. Dentro da seção de TDAH no DSM-V, entre as nove categorias postas que podem indicar "desatenção" dentro do transtorno, estão os seguintes exemplos: "dificuldade de manter o foco durante as aulas", "dificuldade em cumprir prazos", "com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos,

pode incluir pensamentos não relacionados)”, “frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos)” e entre outros sintomas extremamente relativizáveis e comuns.

Silva Junior (2021), retomando Bolguese (2004) menciona que uma das consequências mais visíveis deste processo de apropriação econômica das formas de sofrer foram as "banalizações" e "naturalizações" das patologias mentais. O fenômeno da banalização pode ser apreendido de diversas formas, contudo, quando determinado diagnóstico relativo à saúde mental começa a ser demasiadamente mencionado pelo público leigo, geralmente acompanhado pelo crescimento de determinado diagnóstico, estamos diante de um processo de banalização do sofrimento psíquico. Ele resume:

“Mas tal banalização está associada a discursos que a naturalizam, isto é, que a apresentam como uma condição “natural” do ser humano, resultante de distúrbios orgânicos e, portanto, em última instância, desvinculados do contexto histórico em comum, bem como da historicidade de cada um” (SILVA JÚNIOR, 2021, p. 43)

## 5.2. Precisão e confiabilidade

Uma temática amplamente discutida dentro dos debates que envolvem os Manuais Estatísticos Diagnósticos é sobre a confiabilidade e a precisão que tais categorias diagnósticas podem nos oferecer ao classificar aquilo que entendemos como transtornos mentais. O discurso mais presente atualmente é sobre como os primeiros manuais eram poucos confiáveis e como a partir da terceira edição pudemos ter diagnósticos mais precisos, uma vez que as descrições passaram a se balizar pelo movimento organicista e pelo salto significativo no número de diagnósticos descritos, como já mencionado anteriormente por Barrio (2009). Tal sensação de segurança parte, muito provavelmente, da premissa de que, quanto mais específicas forem as descrições presentes nos manuais e quanto maior o número de diagnósticos descritos, maior certeza tem-se na hora de fechar um diagnóstico.

Contudo, ao analisarmos as categorias presentes no último manual publicado, o DSM-V, é visível o número de signos genéricos que continuam sendo referenciados dentro dos quadros diagnósticos, principalmente no que tange a descrição do TDAH. Dunker (2014) justifica que esta crescente em diagnósticos, principalmente em transtornos como o TDAH, seja impulsionada, justamente, pela forma narrativa generalista e vaga presentes nas categorias descritivas do DSM-V; ele reafirma:

“Se queremos categorias de alta precisão devemos elevar os patamares de confiabilidade, e assim se fez nos primeiros anos do DSM. No entanto, com o seu triunfo como código de referência para saúde mental, e com seu emparceiramento crescente com a classificação geral de doenças produzida pela Organização Mundial de Saúde (Classificação Internacional de Doenças – CID), os patamares de confiabilidade, inclusive para a inclusão de novos transtornos, foram sendo reduzidos. Isso reflete uma política “amplacionista”, que redundava em uma inclusão indiscriminada de pessoas no campo da doença mental” (DUNKER, 2014, p. 9)

Pondo em xeque os supostos dogmas presentes na forma descritiva do TDAH dentro do DSM-V e, compreendendo a relação dialética entre linguagem e cultura, entendendo que esta relação determina e constrói o pensamento e a visão de mundo dos sujeitos inseridos na sociedade (MEXIAS-SIMON, 2012), torna-se extremamente problemático ter um manual com categorias tão genéricas, uma vez que o manual é tido como base referencial do discurso psiquiátrico (JANE; RUSSO, 2006). Se o discurso dentro do diagnóstico de TDAH mostra-se extremamente enviesada moralmente e completamente generalista, é passível pensar que o discurso psiquiátrico que fecha diagnósticos também o é.

### **5.2.1 A problemática do discurso do outro**

Para além da problemática acerca do discurso médico e a falha estrutural teórica em que os DSMs atuais repousam, dentro do diagnóstico de TDAH existe outro fator que complica ainda mais a precisão dos diagnósticos: o discurso do outro. Mesmo que o diagnóstico tenha sido feito durante a vida adulta, o transtorno de déficit de atenção, necessariamente, tem seu início na infância. Dentro da seção de características diagnósticas, o manual descreve:

“O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Ao mesmo tempo, uma idade de início mais precoce não é especificada devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância. As lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, sendo benéfico obter informações complementares” (DSM-V, 2013, p. 61)

Mais uma vez, a própria descrição presente na categoria diagnóstica do TDAH aponta suas contradições. Neste aspecto, não é possível deixar de mencionar novamente a problemática da narrativa diagnóstica quando o sujeito nem mesmo tem a liberdade ou domínio para poder exercer sua potencialidade enunciativa. A descredibilização da potência enunciativa infantil, quando parte

do pressuposto de que uma criança seria incapaz de diferenciar seu estado de normalidade e patologia, parte prática médica exercida a partir dos moldes quantitativos, da tendência de isolar o sujeito de sua patologia e assim, desconsiderar a unidade e individualidade do corpo durante o tratamento. (SAFATLE, 2011). O outro, na tentativa de traduzir o comportamento da criança, pode acabar patologizando condutas completamente normais referentes à infância. No mais, cabe lembrar que o próprio manual aponta para as diferenças culturais no que tange a interpretação dos comportamentos; retomando a categoria intitulada: "Questões Diagnósticas Relativas à Cultura", nota-se claramente aspectos morais que influenciam diretamente na hora de se concluir um diagnóstico. O discurso do outro pode se tornar ainda mais questionável quando retomamos as ideias de Mexias-Simon (2012) sobre como toda forma narrativa está intrinsecamente imbuída de ideologia, esteja ela consciente ou não.

Considerando a onda diagnóstica de TDAH desde aproximadamente a década de 80, assim como o crescente interesse psiquiátrico pelo transtorno (CARVALHO, SANTOS, 2016), questionar as formas descritivas postas torna-se necessário para não continuarmos seguindo cegamente a correnteza patologizante fomentada pela lógica por trás das categorias diagnósticas amplas e generalistas.

## CONCLUSÃO

Lacan (2003) enfatiza brilhantemente a descoberta revolucionária de Freud no que diz respeito ao tratamento das neuroses e a relação com seus pacientes. O novo modo de se enxergar, ou melhor, de escutar o paciente, inaugura o que pode ser cunhado como a clínica da escuta. Lacan (2003) expressa que:

“Se Freud, pela descoberta dos complexos, realizou uma obra revolucionária, foi porque, como terapeuta, mais preocupado com o doente do que com a doença, procurou compreendê-lo para curá-lo e se ateuve ao que era negligenciado sob o título de “conteúdo” dos sintomas (...)” (p.75)

O objetivo da análise não era mais centrado na doença em si, tratando-a de forma alienada do sujeito, mas sim conseguir compreender os significados e implicações da doença para o próprio, entendendo que a história da doença se mistura com a história do sujeito e que, portanto, torna-se impossível narrar a patologia sem antes entendermos o que aquilo significa verdadeiramente para a história singular de cada paciente.

A descoberta recebeu o título de revolucionária por expandir os horizontes de tratamento, propondo uma nova diretriz: a soberania do sujeito dentro da clínica. Entendendo que a força motriz de uma análise é a própria narrativa do paciente e considerando que o modelo vigente dos DSMs recentes se apresentam como antítese desta ótica, é de suma importância não só tecer críticas e análises sobre suas consequências como também prosseguir investigando e expondo os outros diversos impactos que este modelo narrativo a-teórico e organicista produz.

A discussão em torno da crise diagnóstica atesta sua importância por englobar diversas variáveis que compõem o complexo mosaico do TDAH e, apesar de não terem sido abordadas no presente estudo, também jogam luz sobre a complexidade do fenômeno assim como seu enraizamento em questões estruturais como a linguagem e o debate sobre a cientificidade. Questões como a indústria farmacêutica e seus fármacos, a influência dos modelos educacionais falidos e punitivistas ou a questão identitária dos sujeitos para com as categorias diagnósticas apenas reafirmam a necessidade da continuidade de pesquisas e investigações em cada uma destas capilarizações.

Ao voltarmos os olhos à questão inicial e analisarmos mais uma vez o dado sobre os atuais números galopantes de diagnósticos de TDAH a níveis globais (CARVALHO, SANTOS, 2016) e considerando a dialética entre linguagem e cultura (MEXIAS-SIMON, 2012), podemos concluir que o DSM-V apresenta-se como um instrumento que, a um só tempo, auxilia a manutenção de uma perspectiva quantitativa alienante para com os pacientes (SAFATLE, 2011) como igualmente

interfere na capacidade enunciativa dos próprios sujeitos (SILVA JUNIOR, 2021). Além disso, a partir das reflexões proporcionadas por Araújo (2002), é possível concluir que o manual também entra como objeto que visa tamponar e homogeneizar todo e qualquer sentimento que orbite o mal-estar, transformando todo tipo de sofrimento em sintoma (DUNKER, 2014). A problemática da forma diagnóstica do TDAH contida no DSM-V não fica contida apenas dentro do próprio manual, ela se expande para o discurso médico e para a racionalidade clínica, como elucidado por Rose (2006).

Outro aspecto importante a ser considerado durante a investigação dos super diagnósticos é não adotar a ideia de que atualmente os diagnósticos crescem pois há mais tecnologia e conhecimento capazes de apurar a verdade, questão controversa similar à citada por Dunker anteriormente (2015) acerca dos DSMs. Existem boas evidências que podem auxiliar no entendimento por trás do crescente número de diagnósticos da atualidade e quase todas estão relacionadas ao âmbito social (questões de moradia, pobreza, ambientes de trabalho excessivamente estressantes, etc), contudo, mesmo assim, é impossível afirmar que a razão por trás dos super diagnósticos é em decorrência do avanço das ciências ou unicamente referente ao campo social, uma vez que, como mencionado anteriormente, com o nascimento da psiquiatria, conceitos como “normal” e “patológico” mudaram drasticamente, pois são conceitos diretamente atrelados a noções históricas e culturais. (ROSE, 2006)

Por fim, por se tratar de uma pesquisa qualitativa de cunho revisionista, torna-se impossível sintetizar uma única resposta diante de um fenômeno tão complexo, contudo, dado as análises, é plausível afirmar que as categorias expostas na seção de TDAH são extremamente reducionistas e generalistas e que, se combinadas a uma prática médica que não seja orientada por uma ótica em que considere o sujeito em sua integralidade, a forma narrativa dos DSMs recentes pode ser um dos pilares por trás dos crescentes números diagnósticos da atualidade.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Maria Gercilene Campos. Subjetividade, crise e narratividade. **Revista Subjetividades**, v. 2, n. 1, p. 79-91, 2002. Disponível em: [https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:7q4Ryk0ZJAEJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:7q4Ryk0ZJAEJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5).
- BIRMAN, J. (1999) A psicopatologia na pós-modernidade. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. II, N.1, março 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/S3kLv5WNTwkqXG8Qc3fx3kN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2023
- CALIMAN, Luciana. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade Td. **Psicologia, Ciência e Profissão**, [S. l.], p. 45-61, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/K7H6cvLr349XXPXWsmsWJQq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2022
- CARVALHO, Ana Paula; SANTOS, Maria. TDAH: DA BANALIZAÇÃO AO DIAGNÓSTICO. **Revista Transformar**, [S. l.], p. 184-203, 2016 Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/84/80>. Acesso em: 22 nov. 2022.
- DEL BARRIO, Victoria. Raíces y evolución del DSM. **Revista de Historia de la Psicología**, Valencia, Espanha, v. 30, p. 81-90, 2009. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>. Acesso em: 23 out. 2022
- DUNKER, Christian. Subjetivações e gestação dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 1-9, jan-jun, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v5n1/10.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2023.
- FREUD, Joshep. Sobre O TDAH: Transtorno ou invenção?. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 66, p. 54-57, 2014. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252014000100019#:~:text=Elas%20est%C3%A3o%20sendo%20tratadas%20como,para%20terminar%20tarefas%2C%20o%20nervosismo](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100019#:~:text=Elas%20est%C3%A3o%20sendo%20tratadas%20como,para%20terminar%20tarefas%2C%20o%20nervosismo). Acesso em: 2 set. 2022.
- HOOKS, Bell; SCAPP, Ron. Colaboração. In: HOOKS, Bell. **Ensinando pensamento crítico: Sabedoria prática**. 1. ed. São Paulo, Brasil: Editora Elefante, 2020. cap. 7, p. 73-78. ISBN 978-65-87235-12-7.
- JUNIOR, Nelson. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. In: SAFATLE, Vladimir *et al.* **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 35-58.
- LACAN, Jacques. Os complexos familiares na formação do indivíduo: As neuroses familiares. In: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. cap. II.
- LACET, Cristine; ROSA, Miriam. Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos.

**Revista PUC-SP**, São Paulo, v. 26, p. 231-253, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27565/24036> . Acesso em: 20 nov. 2022.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2022

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, p. 21-32, set. 2003-fev. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2004.v8n14/21-32/> . Acesso em: 18 out. 2022.

MARTINS, André. Direitos humanos? O que temos a ver com isso?: O biopoder e a medicalização da vida: novas reflexões. **Conselho Regional de Psicologia - RJ**, Rio de Janeiro, p. 119-126, 2007. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/direitoshumanos.pdf> . Acesso em: 18 mar. 2022.

MEXIAS-SIMON, Maria. Linguagem e Cultura. **Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 15-22, jan. 2012. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/169/122> . Acesso em: 16 maio 2023.

ROSE, Nikolas. Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. **BioSocieties**, Londres, v. 1, p. 465-484, dez. 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/232005127\\_Disorders\\_Without\\_Borders\\_The\\_Expanding\\_Scope\\_of\\_Psychiatric\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/232005127_Disorders_Without_Borders_The_Expanding_Scope_of_Psychiatric_Practice) . Acesso em: 24 maio 2023.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S. l.], p. 460- 483, jul. 2006 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rllpf/a/56hWVSkWPtnWTGrjVB6qWGS/?lang=pt> . Acesso em: 9 set. 2022.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital?: Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, [S. l.], p. 11-27, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WBQyrKKbJwjpWx/abstract/?lang=pt#:~:text=Tratá%2Dse%20de%20discutir%20o,entre%20organismo%20e%20meio%20ambiente> . Acesso em: 19 abr. 2023.

VIÉGAS, Lygia; OLIVEIRA, Ariane. TDAH: CONCEITOS VAGOS, EXISTÊNCIA DUVIDOSA. **Nuances: Estudos sobre educação**, São Paulo, v. 25, p. 39-58, 27 jan/abr. 2014. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2736/2517> . Acesso em: 27 abr. 2022