

“LOUCA”, “ANORMAL” E “EXCLUÍDA”: A CRIANÇA “COM TDAH” NAS RELAÇÕES DE PODER-SABER

Avance de investigación en curso

GT 22 – Sociologia da infância e da juventude

Tatiana de Andrade Barbarini

Resumo:

Pretende-se apresentar relações de poder-saber que articulam o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e as infâncias contemporâneas. Entende-se que essas relações comportam estratégias de poder que permitem a submissão de professores, pais e, principalmente, crianças ao discurso científico (médico) sobre o TDAH, mas que também criam possibilidades de resistência. Expõe-se a análise sobre a psiquiatrização da infância elaborada por Michel Foucault e suas noções de medicalização e biopoder, atualizadas, neste texto, por meio de informações e análises de pesquisa de doutorado em curso.

Palavras-chave: Criança, TDAH, Poder-saber.

1. Introdução

Michel Foucault (1991) definiu a história da microfísica do poder (punitivo) como a genealogia ou uma peça de uma genealogia da “alma” moderna, sendo esta entendida como uma realidade, como algo produzido permanentemente

em torno, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que se exerce sobre os que são punidos [...] sobre os que são vigiados, treinados e corrigidos, sobre os loucos, as crianças, os escolares, os colonizados, sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a existência (Foucault, 1991, p. 31).

Eis o ponto central deste texto: sujeitos que são vigiados, treinados e corrigidos. Buscaremos explorar a confluência de diferentes figuras (o louco, o anormal, a criança, o aluno) em uma única, contemporânea: a criança-aluna “com TDAH”, “louca”, “anormal” e “excluída”. Ela se constitui em um campo de disputas no qual se articulam instituições (como a escola e a família), saberes e discursos (medicina, psiquiatria, psicologia, que não se referem mais exclusivamente à instituição hospitalar) e em que se exercem poderes, como o biopoder, mas em uma configuração contemporânea desse poder sobre a vida.

Nas aulas ministradas no *Collège de France* nos anos de 1973 e 1974, Foucault (2006b) dedicou-se a uma arqueologia/genealogia do poder psiquiátrico em que se revelou a íntima relação entre medicina, família e escola, estabelecida em meados do século XIX, como condição de surgimento e de exercício desse tipo de poder disciplinar. Para o autor, a psiquiatrização da infância foi o mecanismo pelo qual o poder psiquiátrico pôde se difundir por toda a tessitura social, exercendo-se também nos adultos. Esse processo de psiquiatrização tornou-se possível a partir do momento em que se produziu um correlato da loucura para as crianças: a idiotia e o retardo, *anormalidades* do desenvolvimento infantil, para as quais se constituíram pedagogias e, posteriormente, espaços específicos.

Ainda existe uma íntima relação entre medicina/psiquiatria (ou, se for preferível, campo “psi”: psiquiatria, psicologia...), escola e família, mas sob novas configurações. Para tocá-las, buscaremos apreender as novas condições históricas e sociais em permitem a existência da “criança”, “louca”, “anormal” e “excluída” por meio de análises e informações obtidas em pesquisa acadêmica acerca das experiências contemporâneas das crianças que recebem o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)¹, considerado pela psiquiatria biomédica, pautada no *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM), como um transtorno mental que afeta o aprendizado, o comportamento e a vida social, sendo desatenção, hiperatividade e impulsividade seus sintomas.

Por volta de 1980, a psiquiatria biomédica estadunidense foi adotada no Brasil, com a publicação do DSM-III, o que provocou a substituição das categorias “loucura” e “anormalidade” pelo termo “transtorno mental”. Contudo, nota-se que o discurso popular acerca dos transtornos mentais ainda usa constantemente esses termos, estabelecendo uma relação quase indissociável entre loucura, anormalidade e patologia. Teríamos, então, a criança “com TDAH”, “louca” e “anormal”. Já a exclusão (... “excluída”) não se refere ao isolamento físico de crianças com diagnósticos de TDAH em locais de internação. “Excluída”, aqui, faz alusão à exclusão da criança dos discursos e conhecimentos acerca de si mesma.

Para executar a proposta que este texto apresenta, se processará a análise da atualização da relação entre medicina, escola, família e infância e de suas consequências refletidas no vínculo entre TDAH e infância contemporânea, tendo como fio condutor a questão do desenvolvimento (que se transforma em neurodesenvolvimento) e de suas novas formas de medicalização. Foucault (1977) advertia que nas relações de poder-saber também há brechas para estratégias de resistência ao poder que subjuga os sujeitos. Nesse sentido, o entrelaçamento entre as noções contemporâneas de TDAH e infância, possível em um campo de disputas entre saberes que envolve tanto estratégias de poder - que permitem a submissão de professores, pais e, principalmente, crianças ao discurso científico (médico) sobre o TDAH – apresenta também possibilidades de resistência a essas relações e de produção de “infâncias que nos escapam” (Dornelles, 2005).

2. A “psiquiatria” da infância: medicina, escola e família

Por onde quer que se comece um estudo crítico sobre as condições atuais da infância em termos de “transtornos mentais”, aparecem as históricas de emergência da criança moderna, da escola, da família e da medicina/psiquiatria/psicologia. O mesmo se apreende em pesquisas empíricas, a partir da observação das relações sociais seja em um ambulatório de psiquiatria infantil (Barbarini, 2011), seja em escolas.

A investigação sobre essa constatação encontra nas obras de Michel Foucault um apoio teórico e histórico muito importante. Nelas, invenção da infância moderna, institucionalização e escolarização massiva das crianças, emergência da família moderna, intervenção médica e higiênica na família e na escola e pedagogias disciplinares constituíam as forças que atuavam na “psiquiatria da infância” no XIX, termo cunhado por Foucault (2006b) como referência ao exercício do poder de normalização da sociedade tendo a criança, a infância e a família como instâncias de medicalização dos indivíduos e das populações.

É conhecido o estudo de Philippe Ariès (1981) acerca do surgimento do “sentimento de infância” que, embora as críticas feitas à sua metodologia de investigação, fundamenta muitas pesquisas sobre uma história da infância moderna. Ariès afirmava que se consolidou na França do século XVII a distinção entre adulto e criança (uma vez que esta, anteriormente, era vista como um adulto em miniatura, um ser biológico sem um *status* social específico). Segundo a genealogia da infância proposta por Dornelles (2005), essa distinção ocasionou a emergência da figura da criança moderna, especialmente a partir dos escritos de Rousseau, no século XVIII, que afirmavam a

necessidade essencial de se conhecer a natureza da criança para que o adulto (o mestre, o médico, a mãe) tivesse instrumentos adequados para guiar o desenvolvimento infantil físico, pedagógico e moral adequado em direção à vida adulta, de cidadão autônomo, conforme as ideias iluministas que vigoravam no período.

Assim, a distinção entre adulto e criança permitiu a criação de um “mundo infantil” sobre o qual recaíram olhares específicos. Olhares que criaram conhecimentos sobre a criança, seu comportamento, seu corpo, sua aprendizagem, seu desenvolvimento, e que possibilitaram a existência da figura da criança moderna, aquela produzida pela disciplina e para a qual se estabeleceu uma instituição (disciplinar) especial: a escola. Foi, então, nesse ponto histórico de distinção que a criança foi transformada de conhecimento e de relações de poder-saber.

No conjunto de sua obra, Foucault defendia que o poder não se remete exclusivamente à repressão, nem a análises jurídicas e econômicas. O poder não se detém, pois, sendo uma relação, ele se exerce. Uma relação que permeia as mínimas partes do corpo e da sociedade, uma microfísica. Para que o poder se exerça, é preciso que haja um conhecimento sobre o “objeto” da intervenção. Cria-se um saber a partir da necessidade do poder. E esse saber, fornecendo instrumentos para o exercício do poder, reforça-o. Poder implica saber e saber implica poder. Relação de poder-saber. É nessa configuração que o conhecimento sobre a criança possibilita o exercício do poder sobre seu corpo, modelando e transformando-o em instrumento desse poder (disciplinar), e sobre a vida da população formada pelas crianças (biopoder), criando mecanismos e instituições disciplinares. Assim, a criança se torna objeto. Mas ela também se torna sujeito de conhecimento sobre si mesma, sobre seu corpo minimamente trabalho pelo poder disciplinar.

Também atuaram nessa configuração os médicos higienistas, conduzindo a saúde e a educação moral da criança e intervindo na constituição da família, que se tornou mais fechada em si mesma, distante dos “perigos” da rua e da própria casa (as amas de leite). Configurava-se a família moderna. Configurava-se a escola nos moldes disciplinares. Configuravam-se as relações de poder-saber características das sociedades disciplinares, das sociedades de normalização, essencialmente medicalizadas e pautadas no biopoder, no poder sobre o corpo de cada indivíduo e no poder sobre a vida da população. Nesse sentido, as crianças formavam uma população específica, sendo que quando as relações de poder-saber atuavam sobre elas, atuavam também sobre a população adulta, pois, por um lado, os adultos foram responsabilizados pela condução adequada do desenvolvimento da criança e, por outro, a criança do então presente seria, um dia, o adulto-cidadão do futuro.

Essa configuração moderna, disciplinar e medicalizada das relações entre medicina, escola, família e infância, então, se pautava na norma como modelo de governo dos indivíduos e das populações. Ser normal, nesse momento histórico e social, significava estar dentro de uma regularidade, um ajustamento funcional, e dentro das regras sociais de conduta. Para a captura dos desviantes, caberia a produção de novos instrumentos de classificação e normalização (Foucault, 2006b). Foi nesse desvio que a loucura, a anormalidade e a patologia apareceram como mecanismos de captação dos desvios e de submissão à norma, pautada, nos séculos XIX e XX, na biologia e na neurobiologia, na degenerescência, na loucura e na anormalidade do desenvolvimento físico e intelectual.

Como as crianças eram consideradas seres em formação, e não ainda seres de razão, a loucura não lhes cabia. Assim, para que a criança “desviante” fosse capturada, distinguiu-se loucura (de adultos) de anormalidade (de crianças), pautada em duas condições de norma: o desenvolvimento das crianças e o desenvolvimento adulto como ponto final. Surgia uma psiquiatria infantil francesa (Foucault, 2006b), higienista, que teve influência no Brasil do início do século XX.

Esse novo mecanismo de captura da infância foi propulsionado pelos estudos de Édouard Séguin, professor e médico francês, por volta de 1840. A partir de experiências pedagógicas com pequenos internos, ele criou a primeira escola para anormais, cuja pedagogia se definia pela aplicação do tratamento moral de Pinel à educação dessas crianças, caracterizadas como retardadas ou idiotas

(Bautheney, 2011; Foucault, 2006b). Desde então, novas pedagogias foram elaboradas para os “anormais”, tais como uma pedagogia científica que propunha a higiene escolar, a vertente médico-pedagógica (para os “anormais patológicos” ou “anormais de asilo”) e a ortofrenia (para os “anormais de escola”), estratégias corretivas e emendativas orientadas por diversos campos do conhecimento voltados à infância (normal e anormal), tais como psiquiatria, pediatria, psicologia experimental, antropometria, clínica médica e higiene mental (Bautheney, 2011).

O surgimento desse novo campo de conhecimento sobre a infância é importante para nossa análise. Tendo influenciado a produção de saberes sobre a infância normal e anormal no Brasil do início do século XX, podemos traçar algumas considerações que se arrastam até nossos dias. Destaque para os “anormais de escola”. Essa classificação agrupava crianças que apresentavam diferentes “problemas” escolares, tais como “má conduta” (os anormais de conduta e as crianças-problema), inquietação, incapacidade de prestar atenção, travessuras, delinquência, preguiça, apatia, debilidade mental, indisciplina, insubordinação etc. (os hipostêmicos e os hiperstêmicos) (Bautheney, 2011). É interessante observar que essa categorização dos “anormais de escola” deixava claro que tipo de indivíduo não se desejava na sociedade brasileira do início do século XX: o improdutivo, imoral, com “potencialidades” criminosas, degenerado, enfim, indócil e inútil à sociedade que se industrializava, se urbanizava e se submetida às normas disciplinares. Além disso - e fazendo um salto histórico -, algumas dessas qualidades (que hoje o campo “psi” chama de sintomas) fazem clara referência aos sintomas do TDAH definidos pelo DSM: desatenção (“incapazes de prestar atenção”, “preguiçosos”, “apáticos”, “inertes”), hiperatividade (“inquietas”, “extrema agitação” e “mobilidade”) e impulsividade (“indisciplinados”).

O movimento de higiene mental infantil possibilitou a produção de uma gama de saberes sobre a criança, tendo como apoio a escola e a família na França e no Brasil, embora em épocas diferentes. Na instituição disciplinar escolar, o corpo do professor primário se tornou o corpo do psiquiatra, tanto como figura de autoridade facilmente identificada quanto como instrumento de identificação de “anormalidades”. Na família, os pais (especialmente a mãe) transformaram-se no olhar do psiquiatra, sendo responsabilizados também pela identificação de “anormalidades” e pelo controle das atividades dos filhos (Foucault, 2006b). Estabelecia-se, assim, uma íntima relação disciplinar, normalizada e normalizadora, medicalizada e medicalizadora entre medicina, escola, família e infância, que se verifica ainda hoje, no século XXI. Mas o que mudou?

Em primeiro lugar, a constituição familiar. O poder psiquiátrico exercido por meio dos médicos higienistas era garantido pela submissão da mulher ao papel de mãe, responsabilizada pela educação do filho e pela manutenção familiar. Quando as mulheres começaram a sair de casa para trabalhar, em meados do século XX (no Brasil), iniciou-se a mudança na família, assim como nas formas de medicalização e de biopoder. Como garantir a “boa educação” das crianças (normais ou anormais) se as mães passavam a assumir outros papéis?

Em segundo lugar, a função da escola. Se antes a escola era responsável pela higiene intelectual e moral das crianças (principalmente das de estratos sociais privilegiados), da escola passou a se exigir também a responsabilidade pela “socialização primária” das crianças, já que a família vinha se modificando e abandonando suas funções educativas (Birman, 2012). Isto é, as crianças começaram a passar mais tempo nas escolas, na casa de avós, em atividades extra curriculares, e as exigências sociais que recaíam sobre a escola não eram mais de condução e vigilância do desenvolvimento infantil objetivando a formação do futuro adulto cidadão, mas a de responsabilização quase que total pela criança.

Em terceiro lugar, nas décadas de 1970 e 1980 se processou a substituição do modelo psicanalítico da psiquiatria (francesa) pelo biomédico (estadunidense) - que se caracteriza pela categorização dos transtornos, pela busca dos sintomas e não das causas do sofrimento e pelo privilégio do tratamento psicofarmacológico -, materializada na publicação e adoção do DSM-III². A psiquiatria brasileira, portanto, abandonou classificações como “anormais de escola” e adotou as tantas outras que

o DSM propunha e que se relacionavam àqueles “problemas” escolares de aprendizagem e de conduta, entre elas o TDAH.

Vejamos essa ruptura por outra perspectiva. Estudiosos do DSM afirmam que essa mudança de paradigma provocou o abandono de terminologias da psicanálise, como “reação” (Kutchins & Kirk, 1997). Entretanto, é preciso considerar também que, antes do advento do DSM, a transição do alienismo para o que Foucault chama de “nova psiquiatria” transformou a loucura em doença mental e em anormalidade (psicopatologias), isto é, em uma condição neurobiológica fora da norma (tanto das regras socialmente estabelecidas quanto da regularidade funcional). Com a publicação do DSM-III em 1980, a questão da anormalidade foi colocada em outros termos: o da evidência científica como produtora de um saber verdadeiro acerca dos transtornos e distúrbios mentais. E esses novos termos permitiram a produção e a difusão (muitas vezes midiática) de discursos psiquiátricos, no século XXI, de que ter um diagnóstico de transtorno mental não significa afirmar que o indivíduo seja louco, anormal ou doente, apenas que há disfunções cerebrais que lhe causam sofrimento psíquico e dificuldades de adaptação ao seu meio, que devem ser diagnosticadas precocemente (Barbarini, 2011).

Por fim, novas infâncias surgiam e delas não se exigia mais a educação para o futuro da nação, mas sim o desempenho social e acadêmico cultuado como mérito individual. A importância do desenvolvimento físico e moral foi substituída pela primazia do desenvolvimento cerebral.

3. O TDAH e a infância contemporânea: da questão do desenvolvimento à do neurodesenvolvimento

Como foi mencionado no início deste texto, a questão do desenvolvimento infantil, físico e moral, surgiu a partir da distinção entre adulto e criança e suscitou a produção de conhecimentos e poderes específicos sobre a criança. Porém, as mudanças apontadas em parágrafos anteriores mostram novas condições que atualizam a existência e as relações entre psiquiatria, escola, família e infância, pautadas, no século XXI, no neurodesenvolvimento infantil e em suas novas formas de medicalização e de biopoder. Para abordá-los, serão apresentadas questões levantadas por pais, professores e crianças no que tange à relação TDAH/infância contemporânea.

O TDAH é definido pelo DSM como um transtorno mental cujos sintomas são desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, advindos de falhas em neurotransmissores responsáveis pelas funções cerebrais executivas, aquelas relacionadas à cognição, ao comportamento e ao pensamento, sendo que fatores ambientais, fisiológicos e psicossociais também podem desencadear os sintomas (*American Psychiatry Association [APA], 2000*). Esta definição se mantém desde o DSM-III, publicado em 1980, até a recente quinta edição, o DSM-V, de maio de 2013. O novo DSM-V (APA, 2013) suprime a seção infantil e adolescente, na qual o TDAH estava inserido, cria a seção “Transtornos do neurodesenvolvimento”, realocando o transtorno.

Essa definição nos remete às considerações de Nikolas Rose (2013) sobre as novas formas de biopolítica e de poder sobre a vida, em que o “triar e intervir” substitui o “vigiar e punir”. Isso significa que o corpo objeto da medicina do século XXI é o genético (e não mais o eugênico), sobre o qual se produzem saberes e instrumentos pautados na triagem de possíveis problemas (predisposição e suscetibilidade) a fim de que se possa intervir precocemente e evitar o desenvolvimento futuro de uma determinada patologia (previsão e controle de riscos). Assim, a neurociência se acopla aos diversos campos médicos e de saúde, especialmente o psicológico, o genético, o biofísico e o estatístico.

Nesse sentido, substituir o “vigiar e punir” pelo “triar e intervir” nos permite pensar que realmente estaríamos vivenciando o que Deleuze chamou de sociedade de controle. Nela, o controle é pautado pela continuidade, pela cifra e pelas “máquinas de uma terceira espécie” (computadores e informática). O homem é “aprisionado” pelo endividamento, pela formação e avaliação contínua da escola-empresa, por uma

nova medicina “sem médico nem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individualização, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada (Deleuze, 2010, p. 229).

O TDAH, além de um “transtorno do neurodesenvolvimento”, o que coloca a psiquiatria biomédica em relação íntima com a neurociência, é um “produto” interessante para a indústria farmacêutica - uma vez que a Ritalina® (medicamento prescrito para o transtorno em questão) é uma das drogas mais vendidas no mundo - e é considerado um problema de saúde pública em alguns países, pois seu diagnóstico alcança números que poderiam caracterizar uma epidemia. É um risco cujas “graves consequências” (mau desempenho acadêmico e social infantil) podem ser evitadas se diagnosticadas precocemente por técnicas de neuroimagem, testes psicológicos e questionários diagnósticos propostos pelo DSM.

Contudo, entendemos que se vive um momento histórico em que essa sociedade de controle coexiste com a sociedade disciplinar, como se aponta nas falas de membros da sociedade civil, tais como pais, professores e crianças que vivenciam o fenômeno do TDAH. Partamos de uma indagação e de apontamentos, elaborados em uma conversa com professores³ e pais (Barbarini, 2011), sobre a sociedade contemporânea no que toca à infância e aos transtornos mentais infantis: qual é a função da escola hoje?; existência de um sentimento de impotência frente aos novos “problemas” infantis, como o TDAH, e de dependência dos médicos; necessidade de reinventar; existência de um sentimento de sobrecarga e de abandono pelas famílias; identificação e julgamento de crianças como “loucas”. Nelas, identificamos formas de “aprisionamento” dos sujeitos:

a) Culpa, culpabilização e novas responsabilidades da escola:

As crianças ficam, é, vamos dizer assim, com “famílias terceirizadas”, então tem um pessoalzinho que fica aqui na creche, depois eles vêm pra nós aqui na escola, só vão ver os pais à noite e é pouco, aí no outro dia, umas cinco horas da manhã eles tão em pé de novo pra pegar o ônibus pra vir pra cá (Coordenadora E, escola estadual).

“A escola está deixando de ser local de aprendizagem para ser local de... babás” (Professor B, escola municipal); “A escola virou simplesmente socialização” (Professor C, escola municipal).

b) Impotência: “Nós não somos preparados para isso” (Professor B, escola municipal); “Nós fomos, na época em que nos formamos, treinados para uma função que não cumprimos agora” (Professor F, escola municipal); “A psicóloga vem à escola, mas eu me sinto impotente” (Coordenadora B, escola municipal);

c) Formas de controle disciplinares internalizados e exercidos pelos sujeitos (denúncia, punição, julgamento):

Eles [os hiperativos] passam por ser mal criados, sem educação, menino que não fica quieto, sei lá, sabe, passam por preconceitos [...], aí quando a pessoa fica sabendo “não, ele tem um problema, ele tá sendo medicado”, “ah, ele é louco!” [...], aí tem medo, começam a ter medo, porque ele vai ter crise, porque ele vai atacar. [...] Tem aquele rótulo, [...] aquele desenho do vidro de veneno, aquela caveirinha, “afaste-se”, “perigo”, “veneno”, “alta voltagem”... (Relato de uma mãe, conforme Barbarini, 2011, p. 116).

d) Mas também a percepção de para produzir novas formas de conhecimento e de estar no mundo é preciso reinventar:

Nós não temos condições de ter crianças como eram vinte anos atrás. Nem há 25, nem há 30. Tudo evolui e, bom ou não, as crianças também evoluíram. Hoje em dia, já desde que nascem, elas são expostas a milhares de estímulos que antes não tinham. [...] Quer que a criança seja igual como? [...] Elas nascem plugadas: você vê criancinha de sete anos dar baile na gente na parte de computação, de tablet, de celular. Então tudo é diferente, como é que vai manter um padrão que era? Não dá. Faz parte, vamos dizer, da evolução. Bom ou não, a gente tem que se adaptar. Tem que inventar, reinventar a maneira de aprender e considerar que hoje são diferentes, e não medicar (Professora M, escola estadual).

4. “Eu não estou doente”

A emergência das ciências humanas no século XIX foi a condição essencial para o aparecimento das tecnologias e instituições disciplinares, pois foram elas que permitiram a transformação do homem em sujeito e objeto de conhecimento, tornando o homem capaz de produzir conhecimento sobre si mesmo (Foucault, 2002). Aí também se inserem as crianças desde que elas foram diferenciadas dos adultos alguns séculos antes. Ela também era moldada pela disciplina e, a partir disso, tornada capaz de produzir um conhecimento sobre si, uma “disciplina” própria para sua conduta (Dornelles, 2005), de vigiar-se e de vigiar ou outros. Contudo, essa volta a si mesma é controlada pelas relações de poder-saber que percorremos ao longo deste texto, que cria conhecimentos específicos sobre a criança, mas que a “exclui” do questionamento sobre si mesma até os dias de hoje.

Todavia, não se pode ignorar que Foucault afirmava que essas mesmas relações de poder-saber que subjagam os indivíduos trazem em si a possibilidade da resistência (Foucault, 2006a, p. 241). Apresentamos, então, dois garotos, L. e M. O primeiro tem 13 anos e cursa o oitavo ano do ensino fundamental, ciclo II, em uma escola pública municipal do interior do estado de São Paulo, no Brasil. Em seu prontuário escolar constam avaliações de professores e profissionais de saúde, categorizando-o pelo diagnóstico de TDAH. O segundo, M., tinha 12 anos e cursava o 6º ano quando conversamos pela primeira vez (Barbarini, 2011). Ele frequentava um ambulatório de psiquiatria infantil no interior do estado de São Paulo devido ao diagnóstico de TDAH.

Ambos sofrem com o processo de estigmatização devido ao diagnóstico e ao fato de serem “estranhos”, “loucos”, “idiotas” (Não é interessante como os xingamentos que lhes são proferidos por outras pessoas retomam toda a história da loucura e da anormalidade?). Ambos convivem com famílias contemporâneas formadas por novos arranjos (L. é cuidado pela avó, que ainda trabalha para cuidar “das crianças”, já que os pais se divorciaram e estabeleceram novas famílias; M. é cuidado por sua mãe, divorciada). Ambos adoram vídeo *game* (o que revela um traço da subjetividade contemporânea de crianças e jovens: o consumo de um mercado da tecnologia criado para eles, que produz consumidores ávidos, impacientes e imediatistas). Nas aulas, L. participa ativamente das discussões, mas “viaja” quando tem de copiar algo da lousa. Manipula objetos escolares, olha para um lado, olha para outro. Copia. Para. E volta a copiar. O que ninguém nunca lhe perguntou foi o que ele pensa e sente nesses momentos de “viagem”. “[Eu penso no] vídeo *game*, jogo de computador, [em por que] não saio da escola logo” (L., 01/07/2013). M. produz seus próprios jogos de computador e histórias. Enfim, ambos são “crianças *cyber*” (Dornelles, 2005), crianças-alunos “com TDAH”, “loucos”, “anormais” e “excluídos”. Mas, embora os indivíduos que com eles conviviam ou convivem tenham algo a dizer sobre eles, fazendo prevalecer seu “problema” acima de seus próprios saberes e desejos, ambos, em sua diferença, apresentam potenciais de resistência.

A avó de L. se preocupa: “ele tem esse problema, de ser desligado”. “Ele não é normal”, ela diz. “Talvez pelo que passou com a família”. Mas também revela: “ele tem horror de médico. [Ele diz] ‘Vó, eu não tenho nada, eu não preciso de médico. Eu não tô doente’” (T., 17/06/2013). L. frequentava consultas com um neurologista e com uma psicóloga e disse que preferia a segunda, pois ela o deixava brincar, enquanto o neurologista o “entupia de remédio”. Foi perguntado a L. se ele achava que uma

pessoa, dita hiperativa ou com dificuldade de atenção, deveria ir ao médico ou tomar remédio. Ele nos fornece uma resposta instigante para reflexão:

Se a pessoa estiver imaginando alguma coisa... depende. Se ela tiver um trauma e não conseguir resolvê-lo, aí tem que pedir alguma ajuda, né, profissional. Mas se estiver pensando coisas boas, não tá atrapalhando nem a aula, depois qualquer coisa o professor passa pra ele, a matéria (L., 01/07/2013).

No sistema educacional brasileiro, público ou privado, essa proposta é inconcebível. Todos os professores relatam que a sobrecarga é grande, impossibilitando a dedicação individual aos alunos e às suas particularidades. Frente a esses dilemas, o que fazer? Espaços como as sessões de psicoterapia, os ambulatórios e clínicas psiquiátricas, então, aparecem como espaços legítimos onde se criam estratégias para que o aluno não se disperse e se mantenha dentro de um padrão com o qual todos conseguem, pelo menos minimamente, lidar. Entretanto, na fala de L. se revela aquele jogo de estratégias que Foucault afirmou haver nas relações de poder-saber: há estratégias do campo “psi” de captura de sujeitos “com problemas” quando se diz que “se uma pessoa tiver um *trauma* e não conseguir resolvê-lo, deve procurar um profissional”; mas há também uma proposta de subversão da lógica educacional de ensinar um conteúdo a todos os alunos do mesmo modo e no mesmo momento: Se a pessoa estiver pensando em coisas boas, que se deixe-a pensar e, depois, em seu tempo, o professor “passa a matéria”. Nessa perspectiva, a desatenção (ou, nos termos técnicos, o déficit de atenção) não deixaria de ser um “problema” e, conseqüentemente, um mecanismo de captura das crianças-alunas que não se enquadram nos padrões de comportamento e desempenho que a sociedade lhes exige e que é reproduzido pela escola? Faria ainda sentido encaminhar essa criança a um psiquiatra, um psicólogo ou um neurologista? Ser uma criança “com TDAH” deixaria de configurar uma subjetividade constituída e capturada por essas novas relações de poder-saber?

5. Considerações

Foucault afirmou, em 1979, que “Se as crianças conseguissem que seus protestos, ou simplesmente suas questões, fossem ouvidos em uma escola maternal, isso seria o bastante para explodir o conjunto do sistema de ensino” (Foucault, 2006a, p. 72). Isso importa para compreender que, em uma sociedade onde crianças são valorizadas por sua vulnerabilidade e também por seu potencial consumidor, as infâncias são capturadas por estratégias de poder-saber que as subjagam. Tendo o TDAH em foco, essas estratégias constituem-se nos processos de medicalização tão discutidos atualmente, em que medicamentos e saberes “psi” constroem verdades quase inabaláveis sobre crianças e sobre adultos.

A criança-aluna “com TDAH”, “louca” “anormal” e “excluída”, nessa configuração, apresenta um potencial de resistência dentro dessas relações de poder-saber. Intelectuais podem colaborar com a efetivação desse potencial, mas sempre tomando o cuidado de não falar por essas crianças, mas sim caminhar com elas na produção de estratégias de resistência, como o próprio Foucault afirmou. Dessa forma, este texto buscou, mesmo que de modo inicial, desnudar aspectos das relações de poder-saber que marcam a medicalização e o biopoder que se exercem sobre crianças por meio do diagnóstico do TDAH e revelar possibilidades de luta, apresentadas pelas crianças, contra a submissão a essas relações. Algumas informações aqui apresentadas compuseram uma pesquisa já finalizada (Barbarini, 2011); outras compõem uma pesquisa em desenvolvimento. Nesta, pretende-se ainda ouvir tantas outras crianças e seus modos de ser e desejar para que, caminhando com elas, possamos encontrar novas infâncias.

6. Referências bibliográficas

- American Psychiatry Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3rd Ed.). Washington, DC, EUA: APA.
- American Psychiatry Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4th Ed. text revision). Washington, DC, EUA: APA.
- American Psychiatry Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. (5th Ed.). Washington, DC, EUA: APA.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (2^a Ed.) (D. Flaksman Trad.). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Guanabara. (Trabalho original publicado em 1960).
- Barbarini, T.A. (2011). *O controle da infância: caminhos da medicalização*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Bautheney, K.C.S.F. (2011). *Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Birman, J. (2012). *A evolução da família*. Recuperado em 08 de julho de 2013 da página Web do Instituto CPFL Cultura: <http://www.cpficultura.com.br/2012/08/17/a-evolucao-da-familia-joel-birman/>.
- “Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose” (2013). *Physis*, 20(1). Recuperado em 15 de julho de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100016&lng=en&nrm=iso.
- Deleuze, G. (2010). *Conversações (1972-1990)* (2^a Ed.) (P.P. Pelbart Trad.). São Paulo, SP, Brasil: Ed. 34. (Trabalho original publicado em 1990).
- Dornelles, L.V. (2005). *Infâncias que nos escapam: da criança na rua à criança cyber*. Petrópolis, RJ, Brasil: Vozes.
- Foucault, M. (1977). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (M.T.C. Albuquerque & J.A.G. Albuquerque Trans.). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Graal. (Trabalho original publicado em 1976).
- Foucault, M. (1991). *Vigiar e punir: História da violência nas prisões* (9^a Ed.) (L.M.P. Vassallo Trad.). Petrópolis, RJ, Brasil: Vozes. (Trabalho original publicado em 1975).
- Foucault, M. (2002). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas* (8^a Ed.) (S.T. Muchail Trad.). São Paulo, SP, Brasil: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966).
- Foucault, M. (2006a). *Microfísica do poder* (22^a Ed.) (Roberto Machado Trad. e Org.). São Paulo, SP, Brasil: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1979).
- Foucault, M. (2006b). *O poder psiquiátrico* (E. Brandão Trad.). São Paulo, SP, Brasil: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1974).
- Kutchins, H. & Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York, NY, EUA: The Free Press.
- Sibilia, P. (2012). *Redes ou paredes: a escola em tempos de dispersão* (V. Ribeiro Trad.). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Contraponto. (Trabalho original publicado em 2012).

¹ Trata-se de pesquisa de doutorado intitulada “Contextos sociais, estratégias de poder e estratégias de resistência no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)”, em desenvolvimento sob responsabilidade de Tatiana de Andrade Barbarini (doutoranda em Sociologia pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil), orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Lygia Quartim de Moraes e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Processo nº 2012/20776-0 (Também contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). O projeto tem como foco a pesquisa empírica realizada em escolas públicas e particulares de diferentes contextos sociais, onde se estabelece contato direto com professores, alunos com diagnóstico de TDAH e suas famílias.

² Essa mudança de paradigma foi a solução encontrada pela Associação Americana de Psiquiatria para responder às pressões sociais, políticas e econômicas que a associação e o manual vinham sofrendo desde a década de 1970. Entre elas estavam: a da indústria farmacêutica pela adoção de medicamentos como tratamento principal dos transtornos mentais; das seguradoras de saúde que não desejavam mais reembolsar consultas psicodinâmicas, devido ao descrédito da psicanálise nos círculos acadêmicos e profissionais dos Estados Unidos; da sociedade e de organizações civis que reivindicavam a extinção de diagnósticos preconceituosos, como o “homossexualismo”; das consequências do movimento de Reforma Psiquiátrica iniciada por Franco Basaglia na Itália.

³ As referências às falas de professores e coordenadores pedagógicos advêm de uma entrevista com professores e a coordenadora de uma escola municipal (situada em uma cidade do interior do estado de São Paulo) realizada em 27/03/2013 e de entrevistas semiestruturadas com uma professora e uma coordenadora de uma escola estadual, também do interior de São Paulo, realizadas em 15/04/2013.