



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPG-Psi
Mestrado em Psicologia**

JULIANA LIMA DE ARAÚJO

**Fenomenologia do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
(TDAH) em Adolescentes**

**Phenomenology of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) in
Adolescents**

FORTALEZA

2015

JULIANA LIMA DE ARAÚJO

**Fenomenologia do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
(TDAH) em Adolescentes**

**Phenomenology of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) in
Adolescents**

Projeto de Dissertação apresentado à
Coordenação do Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da Universidade
de Fortaleza – Unifor como requisito para
a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Linha de Pesquisa: Produção e Expressão
Sociocultural de Subjetividade.

Orientadora: Profa. Dra. Virgínia de Saboia
Moreira Cavalcanti.

FORTALEZA

2015

A658f Araújo, Juliana Lima de.

Fenomenologia do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) em adolescentes = Phenomenology of attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) in adolescen / Juliana Lima de Araújo. - 2015.
184 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Virgínia de Saboia Moreira Cavalcanti.

1. Psicopatologia. 2. Hiperatividade. 3. Adolescentes. 4. Fenomenologia.
I. Cavalcanti, Virgínia de Saboia Moreira. II. Título.

CDU 159.97



Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Produção e Expressão Sociocultural da Subjetividade

Dissertação intitulada ***“Fenomenologia do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em adolescentes”***, de autoria da mestranda **Juliana Lima de Araújo**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Virginia Moreira – (UNIFOR) – Orientadora

Prof. Dr. Georges Daniel Janja Bloc Boris – (UNIFOR)

Profa. Dra. Anna Karynne da Silva Melo – (UNIFOR)

Prof. Dr. Guilherme Peres Messas – (FCMSCSP)

Fortaleza, 27 de novembro 2015.

Visto:

Profa. Dra. Normanda Araujo de Moraes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
UNIFOR

Agradecimentos

À minha orientadora, Virginia Moreira, por ter abraçado minha pesquisa, confiado em minha capacidade e me estimulado a buscar sempre ir mais além.

À minha família, em especial minha mãe Dalva, pelo apoio incondicional, por investir em mim ao longo de minha vida e a quem, sem ela, eu não estaria hoje aqui.

Ao Robson, pelo amor recebido, pelas leituras atentas e por estar comigo em todos os momentos me apoiando.

À Sophia, pela sua compreensão e paciência nos meus momentos de ausência.

À professora Karynne, pelos valiosos ensinamentos desde o início de minha graduação e, agora, no mestrado.

Aos sujeitos colaboradores, que aceitaram compartilhar suas experiências, contribuindo para a realização desta pesquisa.

Aos meus colegas do APHETO, pelas trocas de experiências e aprendizados.

Aos professores membros da banca, pela disponibilidade e importantes contribuições ao trabalho.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro.

Resumo

Esta pesquisa buscou compreender o vivido de adolescentes diagnosticados com o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) a partir dos referenciais teóricos da Fenomenologia de Merleau-Ponty e da Psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. Foi realizada pesquisa qualitativa, utilizando o método fenomenológico inspirado na Fenomenologia mundana de Merleau-Ponty, em que foram entrevistados individualmente oito adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 11 e 18 anos, iniciando-se com a seguinte pergunta disparadora: *Como é, para você, viver com o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade?* Os sujeitos colaboradores foram encontrados a partir de indicações pelo método *snowball* (bola de neve) e os locais das entrevistas foram escolhidos pelos próprios adolescentes. A partir dos temas emergentes nas entrevistas foi elencado as seguintes categorias: 1. Compreensão do que é o TDAH; 2. Experiência de ter TDAH; 3. Dificuldades no processo de aprendizado; 4. Medicação; e 5. Relacionamentos interpessoais. A maioria dos entrevistados descreveu dificuldades em manter a atenção, principalmente nas atividades escolares. A hiperatividade foi descrita como uma vivência em que o mundo era vivido como mais lento, o que podia levá-los a momentos em que se precipitavam nas ações e produziam pensamentos com pouca conexão entre si. Descreveram problemas com a autoestima, o que aumentava a insegurança pessoal, principalmente nos estudos e relacionamentos sociais. A forma de tratamento predominante foi com o uso da Ritalina, tendo sido citados também acompanhamentos psicológico e a presença de reforço escolar. A construção de um entendimento sobre o TDAH e a compreensão do próprio vivido foi importante para os adolescentes, pois favorecia uma mudança de perspectiva, de um foco antes somente na doença para passar a considerar as potencialidades individuais. Nesta pesquisa, a perspectiva da Psicopatologia fenomenológica possibilitou olhar para a interseção entre teoria e prática, considerando os conhecimentos já construídos acerca do TDAH com a singularidade do vivido dos adolescentes entrevistados. Considerar o campo da intersubjetividade é reconhecer que não há um indivíduo que exista em si mesmo, não existindo, conseqüentemente, o TDAH puro e isolado do mundo.

Palavras-chave: TDAH; Psicopatologia Fenomenológica; Merleau-Ponty; Arthur Tatossian; Pesquisa Fenomenológica

Abstract

This research aimed to understand the lived of adolescents diagnosed with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) from theoretical frameworks of the phenomenology of Merleau-Ponty and phenomenological psychopathology Arthur Tatossian. Qualitative research was conducted using the phenomenological method inspired by the mundane phenomenology of Merleau-Ponty. Eight Adolescents were individually interviewed of both sexes, aged 11 and 18, starting with the triggering question: How you feel about live with the disorder attention deficit hyperactivity disorder? They were found from those indicated by the snowball method and the adolescents themselves chose the locations of the interviews. From the emerging themes in the interviews was part listed the following categories: 1. Understanding what is ADHD; 2. Experience of having ADHD; 3. Difficulties in the learning process; 4. Medication; and 5. Interpersonal relationships. Most respondents described difficulties in sustaining attention, especially in school activities. Hyperactivity was described as an experience in which the world was experienced as slower, which could cause them to times when rushed in actions and thoughts produced with little connection to each other. They described problems with self-esteem, which increased the personal insecurity, particularly in studies and social relationships. The predominant form of treatment was the use of Ritalin and was also cited psychological accompaniment and the presence of tutoring. Framing an understanding of ADHD and understanding of the lived himself was important for adolescents because it favored a change of perspective, a focus before only in passing the disease to consider the individual capabilities. In this research, the perspective of Phenomenological psychopathology allowed to look at the intersection between theory and practice, considering the knowledge already built about ADHD with the uniqueness of living of adolescents. Consider the field of inter-subjectivity is to recognize that there is no an individual who exists in itself, and thus there is no absolute and isolated ADHD in the world.

Keywords: ADHD; Phenomenological psychopathology; Merleau-Ponty; Arthur Tatossian; Phenomenological research

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAPSI	Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COETICA	Comitê de Ética em Pesquisas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais <i>(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, no original, em Inglês)</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

Sumário

INTRODUÇÃO.....	10
OBJETIVOS.....	24
CAPÍTULO 1 – TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH).....	25
1.1 Adolescência e TDAH.....	29
1.2 O Fenômeno da Medicalização do TDAH.....	35
CAPÍTULO 2 – UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)	47
2.1 Fenomenologia Filosófica: Contribuições da Filosofia de Merleau-Ponty	54
2.1.1 Visão de homem.....	57
2.1.2 Ruptura das dicotomias.....	59
2.1.3 Redução fenomenológica.....	63
2.1.4 Ambiguidade.....	65
2.1.5 Corpo.....	68
2.1.6 Espacialidade.....	71
2.1.7 Carne.....	74
2.1.8 <i>Lebenswelt</i>	77

2.2 Fenomenologia Clínica: Inspiração da Psicopatologia Fenomenológica de Arthur Tatossian para uma Compreensão do TDAH	80
2.2.1 Teoria e prática: implicações da Fenomenologia filosófica para uma Fenomenologia clínica.....	81
2.2.2 Experiência no TDAH: ponto de partida e de chegada na Psicopatologia fenomenológica.....	86
2.2.3 As noções de sintoma e fenômeno no TDAH.....	92
2.2.4 Mundaneidade do fenômeno TDAH.....	103
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA.....	110
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS.....	164
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	179
APÊNDICE B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	182

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é uma das patologias que recebe maiores investimentos em pesquisas e estudos na atualidade (Barkley, 2008; Caliman, 2008; 2009; Santos & Vasconcelos, 2010). À primeira vista, pode parecer um fenômeno novo, mas, desde o final do século XIX lhe são atribuídas diferentes denominações, despertando a atenção de estudiosos.

Segundo Barkley (2008), sua primeira referência aconteceu com a deflagração de uma crise de encefalite epidêmica, nos anos de 1917 e 1918, na América do Norte, quando muitas crianças sobreviventes ficaram com sequelas comportamentais e cognitivas que incluíam características, hoje, atribuídas ao TDAH. Esta ocorrência parece ter sido a primeira associação de uma doença cerebral com modificações comportamentais em crianças. Por sua vez, Ferreira (2014) descreveu que o mais antigo registro de que se tem notícia foi feito pelo médico alemão Melchior Adam Weikard, que, em 1775, incluiu em seu livro *Der Philosophische Arzt* (O Médico Filósofo), um capítulo nomeado *Attentio Volubilis* (Atenção Inconstante). Tal texto descrevia o quanto poderia ser difícil, para algumas pessoas, concentrar-se em algo, durante um determinado período, distraído-se com pequenos detalhes, o que provocava um saltitar constante de uma ação para outra. Poucos anos depois, em 1798, o médico escocês Alexander Crichton publicou uma extensa obra, em três volumes, nomeada *Sobre a Atenção e Suas Doenças*.

No século XX, pesquisadores postularam a existência de relação entre os sintomas do TDAH e uma desordem cerebral. Inicialmente, crianças que

apresentavam dificuldades no controle dos impulsos, comportamentos hiperativo e distraído foram denominadas de crianças com lesão cerebral, passando, depois, a ser consideradas crianças com lesão cerebral mínima, devido às poucas evidências de lesões cerebrais nas crianças que apresentavam tais sintomas. Nas décadas de 1950 e 1960, tal forma de adoecimento foi renomeada como “disfunção cerebral mínima”. Este termo mais amplo, que agrupava um conjunto muito heterogêneo de crianças com diferentes sintomas, foi substituído, no final dos anos 1960, por classificações mais específicas: transtornos de linguagem, dificuldades de aprendizagem e hiperatividade. O comportamento hiperativo passava, assim, a ser a característica que definiria o transtorno, o que levou, em 1968, à sua inclusão na segunda versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM II) com a denominação nome de “Reação Hiperkinética da infância” (Barkley, 2008).

Caliman (2009) considera que o TDAH se originou das relações estabelecidas entre a biologia e a moral, na medida em que foi tomado como objeto empírico e social que se insere em um contexto político, econômico e científico, característico da segunda metade do século XX. Barkley (2008) aponta que, na virada do século XIX, Georges Still, médico inglês e um dos primeiros a pesquisar, clinicamente, o comportamento hiperativo infantil, já fazia referência a um defeito no “controle moral”, termo utilizado para designar uma forma de controlar o comportamento de acordo com o que era considerado no campo da normalidade, como esperar que crianças controlassem seus comportamentos e conseguissem direcionar a atenção ao que era solicitado.

Conforme o entendimento sobre o normal e o patológico foi se transformando, ao longo do tempo, a partir da compreensão sobre as

manifestações de adoecimento, as terminologias e classificações de tais expressões patológicas também foram sendo modificadas. Historicamente, a concepção de loucura foi se alterando até alcançar a atual compreensão de psicopatologia. Foucault (1954/1988) observava que, na Idade Média, a causa da loucura era atribuída à possessão demoníaca: o louco estava “preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas” (p. 75). Foi somente com o advento de uma objetividade considerada científica no campo da Medicina, que a loucura passou a ser considerada desprovimento da razão. Mas Foucault também ressaltava que, “desde a medicina grega, uma certa parte no domínio da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia” (p. 76), principalmente quando relacionada a episódios de violência.

Em meados do século XVII, a loucura passou a ser relacionada ao mundo de exclusão, atravessada por um olhar mais atento da sociedade, voltado à conduta dos indivíduos. A exclusão era marcada pela impossibilidade do “louco” de participar do mundo do trabalho, gerando riquezas e produzindo bens. Para Foucault (1954/1988), tal exclusão indicava o aparecimento de um corte no espaço social que não existia antes, criando uma categoria comum àqueles que iriam ser encaminhados às casas de internamento: inválidos, velhos, libertinos e loucos. No mundo asilar, a loucura foi inscrita na dimensão da interioridade, em que a culpa e o castigo predominavam diante de desvios de condutas consideradas fora da normalidade. Foucault (1954/1988) destacou que, “pela primeira vez, no mundo ocidental, a loucura vai receber status, estrutura e significação psicológicos” (p. 83). Mas tal psicologização se encontrava, ainda, inserida no campo dos valores e das repressões morais.

O entendimento da loucura como doença mental foi se conformando a partir de uma organização de sistemas de práticas no campo da saúde: critérios de diagnóstico e de tratamento, formas de assistência e reconhecimento da incapacidade no campo civil, enfim, tudo que atravessava a vida do indivíduo. A dimensão psicológica foi se ampliando na medida em que a história individual e a forma como cada indivíduo lidava com sua doença passou a ser considerada (Foucault, 1954/1988). Na segunda metade do século XVIII,

a loucura torna-se possível nesse meio onde se alteram as relações do homem com o sensível, com o tempo, com o outro; ela é possível por tudo aquilo que, na vida e no devir do homem, é ruptura com o imediato (Foucault, 1961/1993, p. 369).

A loucura deixava de ser considerada um erro para ser experienciada, não como a perda da verdade pelo indivíduo, mas um desprovimento da “sua” verdade, porquanto não são “as leis do mundo que lhe escapam, mas ele mesmo é que escapa às leis de sua própria essência” (Foucault, 1961/1993, p. 376). Houve, assim, um movimento de interiorização da patologia no corpo do sujeito, resultando em uma diminuição da relação, antes estabelecida, entre loucura e dimensão social.

A partir de tal nova compreensão do adoecimento, não mais submisso ao domínio da religião e da moral, o que, hoje, se entende por uma expressão psicopatológica foi conferido à competência médica. Evidenciou-se uma transformação paulatina do cuidado com as pessoas, antes consideradas loucas, que, na atualidade, manifestam adoecimento psicopatológico, segundo a crença médica: da prática de internamentos, acorrentamentos, banhos,

tratamentos morais, lobotomia, choques insulínicos e elétricos, alcançou-se uma ampla intervenção medicamentosa, a partir dos anos 1950 (Foucault, 1954/1988; Schneider, 2009).

Com o crescente domínio do saber médico sobre as expressões de adoecimento, o corpo passou a ser objeto de estudo e de intervenção, sendo reforçada a noção de que a doença se retirava para uma intimidade cada vez mais inacessível do corpo humano (Foucault, 1979/2008). Nesta conjuntura, ao assumir o cuidado do corpo, a Medicina moderna desenvolveu investigações sobre o fenômeno do adoecimento, buscando delimitar o que se situava como estado de saúde ou de doença (Schneider, 2009).

As mudanças produzidas nas noções de normal e de patológico favoreceram a compreensão de que o adoecimento pode ou não atravessar a vida de um indivíduo, mas nenhuma existência está imune ao sofrimento, porquanto constitui parte integrante da vida. O homem é um ser que sofre (Minkowski, 1966/2000) e a dor desponta como sinal de desequilíbrio na relação entre homem e mundo. O sofrimento, em si mesmo, não é considerado anormal, pois é entendido como fazendo parte da vida. Minkowski (1966/2000) compreendia o sofrimento como *pathos*, enquanto a patologia é o que escapa ao considerado “normal”.

Em sua origem, *pathos* é compreendido como uma disposição que estaria na base do que é próprio do ser humano, atrelado a uma atitude de espanto diante do mundo. Espantar-se é desorganizar uma forma de pensar ou uma maneira de existir para, posteriormente, abrir uma possibilidade de mudança, mobilizando-se de uma inautenticidade para uma forma mais autêntica de estar

no mundo (Martins, 1999). Na modernidade, *pathos* não está atrelado a uma postura de dúvida e de questionamento, na medida em que tem havido uma busca de posicionamentos que afirmem o que é o certo, à procura de respostas rápidas, principalmente no que se refere a uma normalização de comportamentos. A linha de demarcação entre o normal e o patológico é difícil, já que *pathos* é condição constitutiva da vida.

Ao discutir o *pathos*, Canguilhem (1966/2009) o faz a partir das noções de normal e de patológico, afirmando que o “patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada (p. 53). Para ele, o estado patológico não ocorre devido a ausência de normas, já que o indivíduo doente está “normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes” (p. 72). Tal impossibilidade de diferenciar um modo sadio de um modo patológico de existência faz com que tais fronteiras estejam constantemente imbricadas.

No campo da saúde mental essa diferenciação entre saúde e doença também é um movimento complexo (Gama & Campos, 2009; Ferreira, Souza, Assis & Ribeiro, 2014), pois muitos dos que se dizem infelizes nem sempre conseguem identificar sua infelicidade, haja vista, não haver contornos definidos para tais sentimentos. Sendo o adoecimento também marcado pelo contexto social, não sendo restrito ao campo individual, é importante considerar a experiência dos indivíduos, compreendendo que as noções de saúde e de doença estão para além do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), que define saúde como um completo estado de bem-estar

físico, mental e social. Afinal, neste conceito de saúde, não se esclarecem nuances relativas à vida dos indivíduos, além do que, segundo Ferreira et al. (2014), tal compreensão de saúde “tem sido discutida como utópica, principalmente pela dificuldade de se definir *um completo estado de bem-estar*, uma completude inatingível pela própria condição humana” (p. 284).

A busca por uma delimitação precisa das sensações e experiências vividas pelo homem faz com que seja crescente tal campo de discussão, não somente na área da saúde, mas, também, em áreas como a Filosofia e a Sociologia. Bauman (2001), ao discutir a relação do homem com o mundo, salienta que “o que ontem era considerado normal e, portanto, satisfatório, pode hoje ser considerado preocupante, ou mesmo patológico, requerendo um remédio” (p. 93). Diante desta experiência apontada como patológica, é a ciência psiquiátrica que ocupa um lugar de destaque, ao buscar identificar estes comportamentos, encontrando, com o avanço do campo da Neurologia, respostas para a etiologia das doenças. Um processo de biologização das doenças mentais toma corpo, produzindo descobertas no âmbito dos psicofármacos (Barkley, 2008; Caliman, 2009; 2010).

Schneider (2009) problematiza que a Psiquiatria, na busca por discutir quais condições possibilitavam a manifestação das patologias, apenas fez “uma transposição mecânica da lógica médica e acabou presa a um organicismo, sem conseguir, até nossos dias, comprovar suas hipóteses da determinação fisiológica e/ou neuroquímica” (p. 66). Isto ocorre na medida em que, ao focar nas possíveis causas, a Psiquiatria pouco considerou o campo dos fenômenos, nos quais as manifestações psicopatológicas estão constituídas. Marmorato

(2012) afirma que a própria pesquisa sobre o TDAH cresceu numa época em que os estudos no campo da Psicopatologia passavam por uma perda de prestígio na Psiquiatria, pois dava maior ênfase às explicações objetivas e quantificáveis.

Tal discussão em torno da compreensão da redução das patologias, cada vez mais a fenômenos biológicos tem provocado reflexões sobre a manifestação do TDAH. Dos muitos discursos históricos produzidos em torno deste transtorno, na atualidade, é o discurso médico que tem ganhado maior destaque. Cada vez mais, no campo da saúde, comportamentos considerados desviantes têm sido classificados como doenças. Com a maior apropriação do discurso médico pela sociedade, principalmente no tocante à descrição de comportamentos e sensações físicas que se aproximem do que é divulgado como indício de adoecimento, o que, antes, era vivenciado como *pathos*, ou seja, como sofrimento diante de demandas intrínsecas à vida, passa a ser considerado doença. Tal realidade conduz à reflexão sobre se os discursos patológicos não têm sido construídos pelos indivíduos como meio de lidar com suas dores e aflições (Guarido, 2007; Guarido & Voltolini, 2009).

Vivemos uma época que demanda resultados rápidos, o que pode vir a provocar muitas angústias naqueles que não conseguem alcançá-los. Bauman (2001) destaca que uma característica predominante da vida moderna tem sido a relação cambiante entre espaço e tempo. Ser moderno passou a significar ser incapaz de parar, não mais em busca de satisfação, mas pela impossibilidade de atingi-la. O mundo se apresenta como um conjunto infinito de possibilidades,

com mais opções do que qualquer vida, por mais longa que seja, possa tentar explorar ou adotar.

Os sintomas do TDAH muito se aproximam deste estilo de vida dos sujeitos contemporâneos, principalmente no modo acelerado de funcionar, sem, no entanto, conseguir se aprofundar nas experiências vividas, na medida em que “a falta de envolvimento, a baixa tolerância, a facilidade de se cansar diante das tarefas e a tendência a realizar atividades superficialmente” (Fernandes, Dell'Agli & Ciasca, 2014, p. 340) são características de crianças e adolescentes com TDAH. Os sintomas que caracterizam este transtorno - hiperatividade, desatenção e impulsividade – podem ser características vividas por pessoas que não apresentam o TDAH.

A desatenção, por exemplo, é uma característica que, em si mesma, não é patológica, mas que pode vir a ser, de acordo com a intensidade apresentada e os prejuízos causados aos sujeitos que a manifestam. A desatenção, como sintoma, passou a receber maior enfoque na medida em que se tornou passível de visualização, com as novas tecnologias de imagem cerebral que despontaram na década de 1970 (Caliman, 2009). Isto refletiu em mudança na nomenclatura atribuída ao TDAH, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que passou de “Reação Hiperkinética da Infância” (DSM II) para “Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) com ou sem Hiperatividade” (DSM III) (Barkley, 2008).

Houve uma mudança na atuação da clínica psiquiátrica com a consolidação do Manual de Classificação Diagnóstica III (DSM III) nos anos 1980. O número de diagnósticos cresceu, mas as teorias e os pesquisadores

deixaram de ser citados sob a justificativa de uniformizar os critérios diagnósticos, buscando, assim, alcançar maior neutralidade científica. Tais mudanças fortaleceram uma ciência psiquiátrica que passou a receber influências do crescente campo neurocientífico e a fazer uso dos avanços farmacológicos e de pesquisas epidemiológicas (Caliman, 2009; Schneider, 2009). Em relação ao TDAH, houve nova mudança em sua nomenclatura, no ano de 1987, com o DSM-III-R, em que se voltou a enfatizar a hiperatividade, com o termo “Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (Santos & Vasconcelos, 2010). Ao final desta década, as características que definiam o TDAH foram ampliadas para além da hiperatividade e a baixa capacidade de sustentar a atenção, incluindo a impulsividade, a baixa tolerância à frustração e a agressividade (Barkley, 2008).

O TDAH é uma forma de adoecimento que se manifesta diante de múltiplas variáveis, ainda não totalmente claras. Os sintomas que o caracterizam constituem comportamentos ditos normais, e o que separa o patológico do normal não são aspectos qualitativos, mas a intensidade com que se manifestam e o nível de comprometimento na vida das pessoas (Larroca & Domingos, 2012).

Muitas pesquisas têm sido realizadas na busca de melhor compreensão do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), seu diagnóstico e tratamento (Camargos & Nicolato, 2009; Santos & Vasconcelos, 2010; Larroca & Domingos, 2012), as comorbidades associadas (Moraes, Silva & Andrade, 2007; Sousa, Serra-Pinheiro, Fortes & Pinna, 2007), o impacto sobre as famílias (Bellé, Andrezza, Ruschel & Bosa, 2009; Guilherme, Mattos, Serra-Pinheiro &

Regalla, 2007) e a sua constituição sócio-histórica (Caliman, 2009; 2010; Eidt & Tuleski, 2010).

A presente pesquisa tomou o referencial da Psicopatologia fenomenológica, entendendo-a como um dos caminhos possíveis para a compreensão das manifestações de adoecimento. Partiu-se da Fenomenologia filosófica de Merleau-Ponty para pensar uma Fenomenologia clínica desenvolvida por Arthur Tatossian. Por intermédio desses autores, buscou-se discutir a experiência de adolescentes com o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

A escolha de tais estudiosos decorreu da importância que assumiram no campo da Psicopatologia fenomenológica. Merleau-Ponty foi um filósofo que construiu um olhar ambíguo em sua filosofia, tomando como estudo a existência e a corporeidade. Buscou inspiração na fenomenologia de Husserl, principalmente na busca por superar uma visão dicotômica que predominava na tradição filosófica, entre o que é da ordem da objetividade e da subjetividade. A noção de *Lebenswelt* (mundo vivido), proposta por Husserl, foi aprofundada por Merleau-Ponty, atravessando todo seu pensamento ambíguo (Coelho Jr. & Carmo, 1991; Moreira, 2007).

Tatossian tem sido considerado um dos maiores estudiosos do campo da Psicopatologia fenomenológica em razão do desenvolvimento de uma psicopatologia e de uma clínica do *Lebenswelt*. Construiu um estudo aprofundado das psicoses, em frequente diálogo com autores da tradição fenomenológica, como Merleau-Ponty, Blankenburg, Minkowski, Tellenbach, Binswanger, entre outros estudiosos também considerados de grande

importância na área da psicopatologia e da filosofia (Moreira, 2011). Tatossian (1979/2006) propôs uma fronteira fluida e permeável ao refletir de forma não dicotomizada sobre o normal e o patológico, pensando o campo da Psicopatologia fenomenológica como distante de uma concepção tradicional de adoecimento, que tem como preocupação central tratar o sintoma.

A Psicopatologia fenomenológica busca abandonar os prejulgamentos para conseguir se aproximar da experiência vivida do sujeito. Esta postura fenomenológica visa a uma compreensão genética dos fenômenos psicopatológicos, que não apenas se restringe à sua descrição, mas busca seus aspectos constitutivos a fim de se aproximar do *Lebenswelt* (Tatossian, 1979/2006). Tatossian (1989/2012) afirmava que, para alcançar o mundo vivido do doente, é preciso ir além do que pode ser diretamente observável. Muitas vezes, a certeza de um diagnóstico é formada de modo prematuro, não havendo tempo para um olhar mais global, que considere os seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, históricos e políticos, dentre outros, que se apresentam entrelaçados no fenômeno psicopatológico (Moreira, 2002).

Esta dissertação tem como proposta compreender a experiência vivida de adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e foi dividida em quatro capítulos. No primeiro, foi apresentando o TDAH, abordando as suas características, etiologia, principais comorbidades, tratamento, peculiaridades quando vivido na adolescência e o forte predomínio do olhar medicalizante sobre os indivíduos adoecidos.

O segundo capítulo apresentou um olhar fenomenológico sobre o TDAH e foi dividido em dois tópicos. No primeiro, a filosofia de Merleau-Ponty

(1945/2011; 1951/1991; 1961/2004; 1964/2012) foi discutida a partir de conceitos que ajudam na compreensão da experiência patológica do TDAH, sendo eles: visão de homem, ruptura de dicotomias, redução fenomenológica, ambiguidade, corpo, espacialidade, carne e *Lebenswelt*. No segundo tópico, foram apresentadas as contribuições da Psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian (1979/2006; 1979/2012; 1980/2012; 1982/2012; 1989/2012; 1996/2012; 1997/2001) para pensar o fenômeno do TDAH, em que foram abordados: as dimensões de teoria e de prática, o conceito de experiência, as concepções de sintoma e de fenômeno, as noções de normal e de patológico, a importância de considerar os aspectos culturais para a compreensão de expressões patológicas e a construção de uma aproximação do funcionamento maníaco, descrito por Tatossian, com um modo de funcionamento hiperativo no TDAH.

O terceiro capítulo descreveu a metodologia trabalhada na produção desta pesquisa. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, usando o método fenomenológico inspirado na Fenomenologia mundana de Merleau-Ponty (Moreira, 2004). Esta pesquisa utilizou, como instrumento de coleta de dados, a entrevista aberta, realizada de forma individual com adolescentes de ambos os sexos com idade entre 11 e 18 anos, iniciando com a seguinte pergunta disparadora: *Como é, para você, viver com o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade?* Os sujeitos colaboradores foram encontrados a partir de indicações pelo método *snowball* (bola de neve).

No quarto capítulo foram apresentados os resultados e discussões da pesquisa empírica realizada. A partir dos temas emergentes nas entrevistas

foram elencadas as seguintes categorias: 1. Compreensão do que é o TDAH; 2. Experiência de ter TDAH; 3. Dificuldades no processo de aprendizagem; 4. Medicação; e 5. Relacionamentos interpessoais. Na primeira categoria, *Compreensão do que é o TDAH*, foi descrito e discutido como os participantes entendiam o TDAH. Na segunda categoria, *Experiência de ter TDAH*, foram discutidos os significados atribuídos pelos participantes a sua experiência com o transtorno. Na categoria *Dificuldades no processo de aprendizagem*, a experiência educacional foi descrita como envolvendo muitas dificuldades pelos adolescentes, que se encontravam entre o ensino fundamental, ensino médio e universitário. Na categoria *Medicação*, foi discutido como os adolescentes vivenciam o tratamento, pois todos os entrevistados fizeram uso de medicação, associada ou não à psicoterapia. A quarta e última categoria, *Relacionamentos interpessoais*, discute a relação com o outro, atravessada pelo TDAH, assim como o modo como se relacionam consigo mesmo.

Compreendemos que o olhar da Psicopatologia fenomenológica sobre os estudos do TDAH visa a ir além de uma compreensão biológica e/ou psicológica, que somente centra o adoecimento no indivíduo. Nesta pesquisa, buscamos compreender o fenômeno, não nos restringindo aos sintomas, procurando nos aproximar dos modos de existência dos indivíduos com TDAH, o que engloba uma realidade além da patologia. Esta pesquisa possibilitou maior compreensão da experiência vivida e os seus significados de adolescentes com TDAH.

OBJETIVOS

Geral:

- Compreender o fenômeno do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em adolescentes.

Específicos:

- Apresentar e discutir a abordagem contemporânea do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)
- Compreender a experiência vivida de adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

Capítulo 1 – TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)

Na contemporaneidade, teóricos divergem ao pensar manifestações de sofrimentos como indícios de sintomas. Enquanto, por um lado, há uma tendência a caracterizar todo e qualquer sofrimento como patológico, que deve ser observado, tratado e curado, outro encaminhamento consiste em compreender o sofrimento como inerente à condição humana, não necessariamente como doença ou transtorno, passível de ser vivenciado pelos sujeitos (Guarido, 2007). A investigação acerca do diagnóstico e do tratamento do TDAH se insere neste campo de discussão, em que há divergências teóricas entre as diversas áreas científicas que se propõem a investigar esta patologia.

Pesquisas no âmbito da saúde (Camargos & Nicolato, 2009; Moraes et al., 2007; Santos & Vasconcelos, 2010) têm concentrado esforços na busca de melhor especificação dos critérios diagnósticos e de desenvolvimento de tratamentos mais eficazes do TDAH. Segundo estas pesquisas, o TDAH é considerado um transtorno neuropsiquiátrico, que tem início na infância, quando a criança apresenta dificuldade de processamento e de manejo dos estímulos com que se relaciona. Há vulnerabilidade genética, que atua como predisposição - e não determinação - à manifestação do transtorno. Não tem etiologia específica, mas apresenta alterações nos aspectos neuroquímicos, genéticos e ambientais. A partir de revisão da literatura, Dias, Menezes e Seabra (2010) afirmam que o TDAH reflete uma alteração do funcionamento executivo, especificamente, da capacidade de autocontrole. As funções executivas formam

um conjunto de habilidades cognitivas que possibilitam o engajamento do indivíduo em comportamentos orientados para objetivos específicos. Tais habilidades se manifestam, de forma mais acentuada, em situações novas ou em momentos em que se façam necessárias sua adaptação e flexibilização ao ambiente circundante.

O TDAH tem como sintomatologia a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, divididas dentro da seguinte classificação: TDAH predominantemente desatento, TDAH predominantemente hiperativo ou impulsivo e TDAH combinado (American Psychiatric Association [APA], 2013). Segundo Barkley (2008), crianças do sexo masculino têm três vezes mais probabilidade de apresentar TDAH em relação às do sexo feminino, tendo também, mais chances de serem atendidos devido ao TDAH entre as que são encaminhadas para tratamento clínico. Isto parece acontecer devido ao predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade em meninos, ao passo que as meninas manifestam mais características de desatenção.

Santos e Vasconcelos (2010) caracterizam a desatenção como uma manifestação de mudanças frequentes de assunto, constantes trocas de atividades, distrabilidade e dificuldade de seguir regras, mesmo em momentos lúdicos. Antony e Ribeiro (2005) apontam que o ato da atenção não é uma atividade somente cognitiva, mas é influenciada por aspectos motivacionais e afetivos que interferem na própria escolha do objeto de interesse. Estes autores consideram que o sintoma de desatenção deve ser olhado de maneira ampla, a fim de contemplar a dificuldade de atenção concentrada, a distração e a atenção difusa.

Um outro sintoma do TDAH - a impulsividade - é identificado quando o sujeito fala ou age de forma precipitada, demonstrando dificuldade de esperar e de se organizar frente às atividades. Por sua vez, a hiperatividade é caracterizada por um excesso de atividade motora, tanto na fala quanto no movimento diurno e noturno (Santos & Vasconcelos, 2010). Segundo Barkley (2008), a inquietação, característica da hiperatividade, se manifesta com movimentos corporais desnecessários, que ocorrem de modo excessivo, evidenciada tanto no discurso de pais e professores em relação a criança ou adolescente quanto em medidas objetivas que aferem o nível de atividade cerebral. É importante enfatizar que, sob a perspectiva do desenvolvimento infantil, o movimento é fundamental na organização do próprio ato de pensar, sendo uma característica do ser criança. Assim, deve-se estar atento, antes de considerá-lo como um sintoma. Barkley (2008) enfatiza que

ser desatento, ativo e um pouco impulsivo obviamente é um aspecto normal da infância e provavelmente reflete o amadurecimento progressivo da inibição e da auto-regulação. Portanto, apenas a presença dos sintomas não significa que a criança tenha o transtorno (p. 111).

Compreende-se que a formação de um diagnóstico é algo complexo, e mais ainda, no caso do TDAH, pois envolve critérios para a caracterização dos sintomas e dos comportamentos em si mesmos não patológicos, tais como a desatenção ou a inquietação. Larroca e Domingos (2012) apontam que, mesmo que se tenha avançado quanto às diretrizes para definir o diagnóstico de TDAH ainda se observa que a prática clínica não contempla todas as orientações divulgadas pela literatura científica, em especial quanto ao encaminhamento

para outros profissionais. A participação de uma equipe multidisciplinar no contato com indivíduos que tenham por suspeita esta patologia é importante, na medida em que o diagnóstico é feito por exclusão, e é necessária sua avaliação em vários contextos, para a investigação de possíveis comorbidades e/ou influências ambientais que interferiram em seus comportamentos. Para se elaborar um diagnóstico dessa condição, são necessárias várias avaliações das especialidades neurológicas, psicológicas e psicopedagógicas. Deve-se ter como critério a duração (no mínimo seis meses), a intensidade (que provoque prejuízo às atividades diárias) e a análise dos contextos em que os sintomas se manifestam.

Há frequente indicação, na literatura científica, da associação do TDAH com outras comorbidades psiquiátricas, o que provoca comprometimentos ainda maiores na vida familiar, social e acadêmica. Realizar um diagnóstico diferencial é muito complexo, especialmente quando envolve transtornos invasivos do desenvolvimento, déficits cognitivos e transtornos de aprendizagem (Sousa et al., 2007).

Brzozowski e Caponi (2012) consideram que explicações para as causas do TDAH ainda estão muito relacionadas aos mecanismos de ação dos medicamentos no cérebro. Nos discursos em torno da investigação da etiologia deste transtorno, tem-se buscado demonstrar, não somente os prejuízos causados aos sujeitos, mas, também, o quanto o transtorno em si mesmo é resultado de disfunções biológicas (Caliman, 2008).

Mesmo em instituições de saúde mental que têm como política o trabalho coletivo, há a prevalência do saber médico como o único legitimado a emitir

diagnósticos (Beltrame & Boarini, 2013). Em pesquisa realizada em um Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (Capsi), cujo objetivo consistiu em analisar a demanda escolar encaminhada, acolhida e atendida nesta instituição (Beltrame & Boarini, 2013), verificaram que 60% da demanda no semestre em que o levantamento foi feito envolviam questões escolares. O número de diagnósticos de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade obteve destaque, confirmando, em forma de transtorno, dificuldades manifestadas pelos indivíduos encaminhados no espaço escolar.

Nos atendimentos à criança em saúde mental, os comportamentos considerados indesejados, sejam no contexto escolar ou familiar, têm se restringido ao diagnóstico de TDAH (Ferrazza, Rocha & Rogone, 2010), o que leva ao questionamento sobre o quanto as ciências biológicas têm compreendido fenômenos complexos, como os comportamentos humanos, por meio de seu reducionismo ao cérebro. Devemos estar atentos se o movimento de pesquisa em torno do TDAH não se direciona para a homogeneização de uma forma de viver, em especial na infância e na adolescência, em vez de se conduzir como prática de identificação e de compreensão deste fenômeno.

1.1 Adolescência e TDAH

O termo “adolescência” vem do latim *adolescere* e significa crescer. Caracteriza-se como o período do desenvolvimento situado na transição da infância para a vida adulta. Inicia com as mudanças corporais da puberdade, mas não há um marco biológico que caracterize seu término, estando

relacionado ao alcance da autonomia pessoal, inserção social e à crescente busca de independência financeira. Antes considerado um período apenas voltado à preparação para o mundo adulto, na contemporaneidade, adquiriu sentido próprio, com características específicas (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010; Senna & Dessen, 2012).

A faixa etária que compreende este período de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) entre 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*, define adolescência como a faixa etária compreendida entre os 12 e os 18 anos de idade.

A adolescência é uma época de grandes mudanças, as quais repercutem não somente no indivíduo, mas em sua família e na comunidade (Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010). Historicamente, a longa duração da infância foi influenciada pelos limites sociais impostos a esta passagem do mundo infantil para o mundo adulto, não regida por questões biológicas, mas pelas funções sociais desempenhadas pelas pessoas. As concepções de infância e de adolescência nascem inseridas em um contexto histórico e social, não sendo, portanto, uma herança natural (Ariès, 1975/2006). Na atualidade, não se pode considerar uma única forma de adolescência, mas várias, haja vista que seu desenvolvimento depende das características de cada pessoa e do contexto sócio-histórico em que se insere. Assim, é mais plausível falar de adolescentes que pertençam a certo grupo, situando-os em uma existência construída em um determinado mundo, de uma vida vivida concretamente (Frota, 2007).

A partir do século XX, a adolescência ganhou destaque como tema de crescente interesse na Psicologia, marcada pelo desenvolvimento das ciências em geral. Mesmo com os avanços em relação aos olhares sobre a adolescência, grande parte dos estudos sobre este período do desenvolvimento continua a enfatizar situações de conflito e de adoecimento (Senna & Dessen, 2012), o que pode indicar a necessidade, ainda, de compreender melhor as alterações patológicas que podem vir a ocorrer em tal fase da vida. Assim, compreende-se o período nomeado de adolescência como uma categoria construída historicamente, não fechada em si mesma. Neste sentido, considera-se que, mesmo pensada pelo viés histórico, não apresenta homogeneidade de características (Frota, 2007).

O termo “adolescência” passou a ser utilizado para designar um período da vida em uma época em que se tornou necessária maior dedicação à formação profissional para o ingresso no mercado de trabalho. Este olhar sobre a adolescência somente foi possível por se compreender este período da vida como uma categoria construída socialmente, não se restringindo à dimensão biológica, em que os aspectos econômicos dos grupos sociais não poderiam deixar de ser considerados (Frota, 2007).

Discutindo a adolescência a partir de seus aspectos psicológicos, Medeiros (2014) aponta três grandes demandas deste período da vida: a adaptação às modificações corporais, que podem ser vividas com alguma ansiedade e marcadas pela comparação com seus pares; a construção de relacionamentos mais estreitos com um grupo social e o desenvolvimento da sexualidade; e a demanda de maior autonomia, principalmente perante a família.

Todas estas mudanças, características da adolescência, são, também, vivenciadas por jovens com alguma expressão patológica.

Ao refletirmos sobre o período da adolescência como uma fase da vida em contínua construção, buscamos, nesta pesquisa, compreender o modo de ser adolescente na sua experiência com o adoecimento do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). A presente pesquisa buscou escutar adolescentes que vivenciam este modo de estar no mundo, olhando-os para além da doença, não os considerando apenas a partir dos sintomas que apresentam. Tomado como enfermidade infantil até meados da década de 1980, é fenômeno recente o envolvimento do TDAH na expansão dos seus sintomas para adolescentes e adultos. A partir da década de 1970, revelou-se um interesse inicial em pesquisas que indicavam a persistência de sintomas de hiperatividade até a idade adulta, o que derrubava a crença de que desapareceriam até a puberdade. Mas foi somente na década de 1990 que o TDAH adulto foi reconhecido como transtorno (Barkley, 2008). Na atualidade, é considerado um transtorno crônico, que afeta muitos domínios da vida, desde a infância, passando pela adolescência até alcançar a idade adulta (Caliman, 2008).

Em relação aos sintomas, Barkley (2008) considera que, em adolescentes e adultos, a verbalização excessiva se mantém, dado que advém somente de autoavaliações, devido, ainda, às poucas pesquisas com observações diretas. Em relação à impulsividade, tanto se mantém a dificuldade no controle dos impulsos quanto a dificuldade de esperar. Em uma conversa, por exemplo, comumente, respondem de forma abrupta, interrompendo os outros. Em adultos,

mais especificamente, manifesta-se pelo excesso de velocidade ao dirigir e em gastos impulsivos. Um comportamento desatento, alheio à tarefa, também parece se manifestar ao dirigir. Em geral, há diminuição na frequência e na intensidade dos sintomas, ao longo dos anos, principalmente em relação à hiperatividade e à impulsividade.

Schmitz, Polanczyk e Rohde (2007), ao compararem duas amostras de crianças, adolescentes e adultos com TDAH, de ambos os sexos, observaram que os níveis de desatenção e hiperatividade/impulsividade foram expressivamente maiores em meninos do que em homens, mas não detectaram diferença significativa entre meninas e mulheres em relação a tais sintomas. Estes dados levam a crer que há equivalência entre os sintomas do TDAH infantil e sua manifestação na adolescência e na vida adulta, mas que o fator gênero também deve ser considerado.

Os critérios diagnósticos estabelecidos para o TDAH pelo DSM 5 (APA, 2013), no período da infância, se mantêm entre os adolescentes, e levam em conta que, para alguém ser caracterizado como sofrendo do TDAH, os sintomas devem começar a se manifestar até a idade de doze anos (tal limite de idade foi modificado nesta edição), com persistência de, no mínimo, seis meses, serem globalizados entre os ambientes e produzirem prejuízo considerável à sua vida. O período de seis meses é uma média, que pode variar até doze meses, a partir da observação da persistência dos sintomas para que sejam considerados oriundos de fontes intraindividuais (genéticas ou neurológicas), em vez de estarem diretamente ligados a um contexto passageiro (Barkley, 2008). Como o diagnóstico do TDAH é realizado mediante investigação clínica da história dos

indivíduos, torna-se ainda mais importante conhecer a vida e os contextos nos quais estão inseridos quando esta investigação diagnóstica ocorre na adolescência ou na vida adulta.

Schmitz et al. (2007), ao revisarem a literatura sobre a remissão dos sintomas na adolescência e os preditores de persistência do TDAH até a vida adulta, concluíram que os sintomas do TDAH diminuem com a idade, sendo mais expressivos em relação à hiperatividade e à impulsividade. Mas, quando há predomínio destes sintomas de forma combinada na infância, o risco de persistência do TDAH aumenta, em comparação com a prevalência de um sintoma isolado.

Com relação ao predomínio do tipo hiperativo/impulsivo, as queixas mais frequentes de crianças e de adolescentes são a dificuldade de seguir regras e de estabelecer relacionamentos interpessoais (Fernandes et al., 2014). Estes autores constataram que, em crianças e em adolescentes, o sentimento de vergonha em situações de violação às regras, que incluíam pais, professores e pares, foi mais relatado no envolvimento com os pares. Na adolescência, a importância atribuída à opinião do grupo social tende a ser maior, o que pode provocar mais angústia devido ao medo do isolamento e da rejeição. Dificuldades nas relações intersubjetivas são agravadas, caso haja a manifestação de outras patologias associadas ao TDAH, como depressão e transtorno de ansiedade, gerando maior risco de fraco desempenho escolar, maior perigo de acidentes e o aumento de conflitos com familiares e amigos (Medeiros, 2014).

Investigar o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) na adolescência é importante devido ao aumento do número de diagnósticos e pelos poucos estudos que tratam desta patologia, em tal período da vida, haja vista que ainda é frequentemente associada à infância. Um dos aspectos que mais tem gerado discussões em torno desta patologia tem sido o diagnóstico rápido e o tratamento medicamentoso, que, mesmo sendo o mais comumente indicado (Camargos & Nicolato, 2009; Moraes et al., 2007; Santos & Vasconcelos, 2010), ainda é cercado por medos e questionamentos quanto aos seus possíveis efeitos colaterais.

1.2 O Fenômeno da Medicalização do TDAH

Temos observado um aumento considerável de diagnósticos de TDAH em crianças e adolescentes, o que pode ser acompanhada pelo número de vendas de medicamentos psiquiátricos, em especial da substância metilfenidato, que cresceu 75% no período entre 2009 e 2011 (Brasil, 2013). O que, socialmente, era considerado indisciplina ou desatenção, hoje, é diagnosticado como adoecimento, privilegiando o organismo biológico em detrimento de aspectos psicológicos e sociais.

Estamos diante do fenômeno da medicalização, que, conforme Illich (1975), consiste no processo crescente da influência da medicina em áreas da vida individual, que receberam estratégias de cuidado, independentemente da manifestação de sintomas que indicassem alguma patologia. Amplia-se, a cada dia, a área de intervenção do profissional médico em demandas de cuidado que

não eram consideradas seu domínio de atuação, fato que já vinha sendo discutido por Illich na década de 1970:

Essa etiquetagem acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando o leigo aceita como coisa "natural" e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque são velhas. Quando se chega a esse ponto, a vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma seqüência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico (p. 43).

O controle exercido sobre estas práticas passou a ser considerado manifestação da medicalização da vida. Illich (1975) considerava que devemos estar atentos para que as terapêuticas não reduzam a autonomia pessoal, aspecto a ser, também, considerado na saúde de cada indivíduo. A perda da autonomia se apresenta como uma das principais preocupações deste autor, pois sua falta resulta, no âmbito do cuidado com a saúde, em dependência do saber dos especialistas (Gaudenzi & Ortega, 2012). Na ocorrência de um processo de medicalização há a retirada dos sujeitos de uma condição autônoma e a sua submissão como passivos nos cuidados consigo mesmos, imperando, assim, uma condição de heteronomia.

A prática medicalizante na vida social já se manifestava no final do século XIX, em um cenário em que os problemas de saúde pública foram assumidos como competência do Estado. Inicialmente, se manifestou de forma atrelada à higienização dos costumes, nas campanhas direcionadas a grupos sociais

considerados de risco, especialmente as famílias pobres. O Estado, por intermédio, principalmente, do saber médico, interveio no cotidiano das pessoas, visando a eliminar focos de doenças mediante a promoção de mudanças comportamentais que incluíam aspectos morais e higiênicos (Barbiani, Junges, Asquidamine & Sugizaki, 2014). A partir do momento em que a população pobre passou a receber assistência em matéria de saúde, restou submetida ao controle médico (Foucault, 1977).

Tal medicina que atuava no social não era uma medicina do homem, do seu corpo e do organismo, mas uma medicina voltada aos cuidados das suas condições de vida, preocupada, por exemplo, com os efeitos do ambiente sobre a saúde da população. Assim, inicialmente, desenvolveu-se uma medicina que analisava os efeitos do meio sobre o organismo, para, posteriormente, nascer uma prática médica voltada ao próprio organismo (Foucault, 1977).

Foucault (1979/2008) descreveu estes processos medicalizantes mediante a ideia de poder disciplinar, argumentando que o controle que se exerce sobre os indivíduos não se origina apenas de uma ideologia, mas começa com uma intervenção no corpo. Neste contexto, a medicina passou a se responsabilizar pelos cuidados relativos ao controle sanitário das famílias, assumindo dois desafios:

Em primeiro lugar, ela teve que desviar sua ação da atenção exclusiva sobre o corpo do indivíduo, para focá-la no “corpo social”. Em segundo, a atenção sobre este novo objeto teve que privilegiar o aspecto preventivo, buscando antecipar-se à instalação da doença (Barbiani *et al.*, 2014, p. 573).

Esta perspectiva macro da intervenção médica, que analisava prioritariamente as condições de vida das pessoas, se modificou a partir do predomínio de uma visão das doenças como fenômenos que não variavam em pessoas e lugares. O corpo humano passava a ser considerado uma máquina, e o adoecimento, justamente o mau funcionamento de sua “engrenagem” (Tesser, Poli, & Campos, 2010). Este corpo-máquina foi investido como força de produção, mediante técnicas e mecanismos institucionais de controle, visando a dominação dos corpos. Assim, o processo de medicalização não se reduziu à instituição médica, pois, antes de se desenvolver uma medicina centrada no organismo biológico, foi gerada, no interior da sociedade, uma medicina social, que tinha como objetivo gerir a cidade, mediante a análise e o controle do espaço urbano (Foucault, 1979/2008).

A medicalização é um processo sociocultural complexo, pois restringe sofrimentos e dores ao campo de uma técnica da saúde que realiza diagnósticos e terapêuticas. O discurso medicalizante reduz o sujeito a uma dimensão biológica, encontrando explicações prioritariamente orgânicas para os sintomas identificados (Carmo, 2007). Gaudenzi e Ortega (2012) consideram que a medicalização transforma condições inerentes à vida em patologias, diminuindo a margem do considerado normal ou aceitável pela sociedade. Reduz-se a discussão sobre os limites entre o normal e o patológico, inexistindo reflexão sobre o que é “uma doença a ser tratada, por um lado, e uma diferença a ser respeitada – e até estimulada – por outro” (p. 23). Diante de um comportamento considerado patológico, faz-se um diagnóstico e orienta-se o tratamento, desconsiderando as dimensões sociais, históricas e subjetivas do sujeito que o

levaram a manifestar tais sintomas (Carmo, 2007). Constroem-se prescrições que tratam não apenas da doença, mas de formas gerais de comportamento e de orientações quanto a possíveis maneiras de viver que estejam de acordo com as normas vigentes (Moysés & Collares, 2011).

A prática medicalizante vem ganhando, cada vez mais, espaço na sociedade, em especial no tratamento de crianças e de adolescentes diagnosticados com TDAH, embora Barkley (2008) já apontasse, na década de 1970, uma visão crescente de que as drogas estimulantes nunca deveriam ser usadas como intervenção única no tratamento do TDAH. Brzozowski e Caponi (2013) discutem a medicalização no que se refere aos desvios de comportamento na infância, apontando alguns aspectos positivos e negativos desta prática, que recaem sobre o que é considerado desvio, englobando grande números de pessoas que acabam por se enquadrar em alguma classificação nosológica:

Consideramos como desvio de comportamento qualquer conduta que destoe do que é socialmente desejável, mas que nem sempre representa uma entidade nosológica. Muitos desses desvios, porém, são considerados atualmente transtornos mentais (ou então seus sintomas), o que caracteriza um processo de medicalização desse tipo de conduta (p. 210).

Brzozowski e Caponi (2013) ressaltam avanços na seara da saúde no que se refere ao deslocamento do olhar sobre os sujeitos medicalizados, que deixaram de ser considerados vítimas de um julgamento moral em que eram avaliados como pouco inteligentes ou preguiçosos e assumiram a condição de

doentes, não sendo mais apontados – bem como suas famílias - como culpados por aquilo que é atribuído a uma falta. Receber um diagnóstico parece interferir, também, na sua autoestima, porquanto os liberta de um estigma moral, em que são apontados como maus e desobedientes, dentre outros qualificativos da mesma natureza. Seus direitos passam a ser resguardados e a necessidade de espaço inclusivo é confirmada pelo diagnóstico. Os remédios, por seus efeitos de curto prazo, refletem nos processos cognitivos, proporcionando maior concentração e resultando em impactos positivos nos rendimentos escolares.

Quanto aos aspectos negativos da medicalização, Brzozowski e Caponi (2013) apontam que, com o diagnóstico, o corpo social passou a legitimar a impossibilidade de atuação do sujeito. Os sintomas, por se localizarem na esfera individual, não consideram o contexto no qual o sujeito está inserido: “o comportamento é localizado somente no indivíduo, e assim será tratado” (p. 214), não considerando as influências das interações sociais na sua manifestação.

Comumente, este olhar medicalizante se manifesta no tratamento do TDAH, haja vista que a indicação farmacológica é a via de intervenção que predomina (Brzozowski & Caponi, 2013). O estimulante cloridrato de metilfenidato, que, no Brasil recebeu as denominações comerciais de Ritalina (Novartis) e Concerta (Janssen-Cilag), ganhou destaque em sua associação ao TDAH, apesar de ter, também, indicação para outras doenças, como no tratamento da narcolepsia e da obesidade. Este estimulante atua no sistema nervoso central, mas seu modo de ação não é totalmente conhecido, sabendo-se que está envolvido na inibição do transporte de dopamina, substância

associada ao controle de movimentos, à aprendizagem, ao humor e à memória. O medicamento já existia antes que houvesse diagnóstico para sua destinação, o que levanta questionamentos acerca da adequação do seu uso a esta patologia (Ortega *et al.*, 2010).

Quando se investigam as prescrições do metilfenidato, percebemos que, em sua maioria, são feitas por profissionais com especialidades diferentes da psiquiatria. Os psiquiatras, contudo, prescrevem doses maiores, talvez como reflexo do acompanhamento de casos mais complexos. A maior frequência do medicamento ocorre na população com idade entre 7 e 15 anos, mas tem crescido muito o seu uso por parte de crianças muito novas (até 4 anos), o que é apontado como um dado preocupante, haja vista que ainda são poucas as pesquisas que indicam eficácia de psicoestimulantes em crianças nesta faixa etária (Camargos & Nicolato, 2009). Segundo Barkley (2008), até por volta dos 3 anos, não é possível distinguir o que é um comportamento hiperativo-impulsivo de certa “imaturidade comportamental” (p. 102). Tal idade serviria como um limite inferior para uma construção diagnóstica.

Camargos e Nicolato (2009) ainda apontam que, mesmo quando há indicação para intervenção farmacológica, ainda é baixa a adesão ao tratamento, pois o uso do medicamento é mantido por menos de um ano. Levantam-se duas hipóteses quanto a tal dado: ou indica uma falha no que se refere ao diagnóstico ou, no diálogo com a família, não é construída uma relação de confiança quanto à condição de saúde do paciente.

Em levantamento de artigos em periódicos brasileiros de psiquiatria e em publicações nos meios de comunicação impressa, de grande circulação, voltada

ao público em geral, foram analisados os discursos, no Brasil, sobre o metilfenidato, no período de 1998 a 2008 (Itaborahy & Ortega, 2013). Os principais pontos controversos das informações divulgadas foram o efeito antidependência do seu uso (tanto o uso de metilfenidato não causaria dependência quanto preveniria o abuso de outras substâncias), a maior ou menor eficácia do medicamento, quando associado à psicoterapia e os efeitos colaterais provocados.

Na produção científica nacional sobre o metilfenidato, enfatiza-se o uso do medicamento no tratamento do TDAH e o frequente financiamento dos laboratórios às pesquisas realizadas. Nas publicações para o público em geral, destaca-se o predomínio da divulgação de resultados apenas de pesquisas estrangeiras. Em todas estas publicações, quase não é feita referência à duração do uso do medicamento (Itaborahy & Ortega, 2013). Tais pesquisas não apontam como negativo o uso do medicamento em si mesmo, mas buscam refletir, criticamente, sobre o reducionismo a que crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH vêm sendo inseridos em uma divisão dicotômica de saúde ou de doença.

Além da indicação do metilfenidato para tratamento do TDAH, há três usos não médicos conhecidos para esse fármaco: o recreativo, usado para aumentar o tempo desperto; o estético, com fim de emagrecimento; e o aprimoramento cognitivo, para melhorar o desempenho acadêmico e profissional (Ortega *et al.*, 2010). Dentre tais usos, a prática com fins de otimização cognitiva, para maximizar o desempenho cerebral, tem sido a mais propagada. Esta prática tem sido muito discutida em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, nos

quais o uso deste estimulante por estudantes já é visto como problema de saúde pública (Barros & Ortega, 2011). No Brasil, o uso do metilfenidato por parte de pessoas saudáveis, na busca de maior rendimento, tem recebido denominações como uso instrumental de remédios, neurologia cosmética, uso de drogas de inteligência, uso de drogas para turbinar o cérebro e *dopping* cerebral (Barros & Ortega, 2011; Carneiro *et al.*, 2013).

Pesquisa realizada por Ortega *et al.* (2010) com o objetivo de investigar as representações sociais de universitários sobre o uso do metilfenidato com fins de melhorar o desempenho acadêmico encontrou questões relacionadas à pressão social para apresentar resultados em curto período de tempo, ao questionamento quanto ao uso seguro do medicamento e ao possível aumento da desigualdade social com esta prática, o que poderia alterar os padrões de normalidade no que se refere à atenção e à concentração. Outra pesquisa (Carneiro *et al.*, 2013) que teve como amostra universitários de medicina entre o 1º e o 8º períodos, encontrou que 23,72% faziam ou já tinham feito uso da substância para fins de potencialização de desempenho acadêmico.

Estas pesquisas apontam o quanto a sociedade tem feito uso frequente da substância metilfenidato, o que remete à dificuldade de elaborar um diagnóstico preciso do TDAH. Dependendo do profissional que avalia os sujeitos com comportamentos suspeitos de TDAH, pode ser confirmado o transtorno, mas, para alguns sujeitos que têm acesso aos psicoestimulantes, muitas vezes, sem que tenham o diagnóstico confirmado, a avaliação por eles feita é de que precisam de mais recursos cognitivos para dar conta das constantes demandas exigidas na atualidade. Nestas circunstâncias, questionamos se a medicalização

não é um fenômeno que alimenta a busca de um ideal de existência que procura eliminar qualquer manifestação de sofrimento.

Quanto à patologização do sofrimento, merece que se lhe dedique um olhar cuidadoso, pois o uso indiscriminado de intervenções medicalizantes pode resultar em mais do que alteração de comportamentos, provocando, no sujeito, o anestesiamiento de suas vivências e seus sentimentos (Guarido, 2007). Partindo de um paradigma fenomenológico, Messas (2008) discute os efeitos da psicofarmacologia quando a restringe a um adoecimento psicopatológico, visando somente a aspectos em que os fármacos podem agir, expondo o seguinte:

Pela primeira vez na história, passa-se a delimitar as categorias do patológico a partir dos efeitos dos fármacos. Se o fármaco age com comprovada regularidade sobre certa constelação de sintomas, será esse quadro sintomatológico alçado ao estatuto de transtorno e convocado para o panteão das moléstias (p. 229).

Guarido (2007) considera que “a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso do remédio” (p. 154). Assim, ao incentivar a dependência desta relação, reduz os sintomas apenas a uma dimensão orgânica. A psiquiatria fica restrita à busca de uma posição neutra que somente identifica a patologia e orienta seu tratamento, afastando-se, assim, da relação terapêutica (Messas, 2008). Outro aspecto importante, levantado por Dantas (2010), é a criação de uma cultura do consumo em torno das medicações, ao vender a ilusão de que se pode tornar-se imune às dores da vida. O consumo de

mercadorias, incluindo a utilização dos fármacos, se tornou ação predominante da sociedade contemporânea, diante de experiências de sofrimento.

A partir dos estudos produzidos e veiculados sobre a medicalização na infância e da adolescência e o TDAH (Brzozowski & Caponi, 2012; 2013; Carmo, 2007; Ferrazza et al., 2010; Garrido & Moysés, 2011; Guarido, 2007; Kamers, 2013), parece haver, ainda, duas formas de discursos que pouco têm dialogado entre si: uma que afirma o diagnóstico de TDAH como legítimo e que o considera centralizado no indivíduo, e outra que o problematiza, o enxergando como sofrimento, fruto da atualidade, não necessariamente como patologia. Destacamos o perigo de patologização das formas de existência imbricadas nos fenômenos sociais e históricos, naturalizando o ser humano e reduzindo seu funcionamento a fenômenos neuroquímicos. Neste sentido, um processo medicalizante vai ao encontro dos anseios do homem, que tanto busca não sofrer quanto reduz o sofrimento a um aspecto dentre tantos por ele vivenciados.

A sociedade tem investido em medicamentos como um canal para aliviar suas dores e na busca de uma forma de existência mais produtiva e feliz. Não negamos o quanto, mediante o avanço farmacológico, tem crescido a possibilidade de lhe proporcionar uma vida mais longa e com menos doenças, mas, como destaca Dantas (2010), aos medicamentos têm sido conferida função que transcende a cura de enfermidades, englobando “a atribuição de valores, sentimentos e sensações àqueles que os consomem” (p. 133). O consumo não ocorre somente na vida concreta, mas de forma simbólica, pois se associam desejos ao que é oferecido pelo mercado farmacológico. Para este mercado, tal associação ajuda a construir uma forma de pensar sobre o que é saúde e

doença, o medicamento se inserindo na relação construída entre sofrimento e cura.

O presente trabalho busca lançar um olhar fenomenológico sobre a patologização da existência na perspectiva do adolescente que vivencia o TDAH. Tal patologização pode acabar por reduzir o sofrimento a uma dimensão biológica, mediante a medicalização do corpo, produzindo aprisionamento subjetivo de cada identidade formada sob a exposição a tais discursos medicalizantes, que se tornam segregadores, principalmente quando relacionados a sujeitos que ainda se encontram na infância ou na adolescência.

Capítulo 2 – UM OLHAR FENOMENOLÓGICO SOBRE O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE (TDAH)

Com o desenvolvimento da psiquiatria, no século XX, uma perspectiva descritiva compreensiva do adoecer psíquico ganhou espaço com Karl Jaspers, em detrimento de um enfoque no campo da causalidade (Schneider, 2009). A publicação da obra *Psicopatologia Geral*, em 1913, marcou a aproximação, por parte de Jaspers, do modelo causalista-explicativo, utilizado pelas ciências naturais, ao modelo histórico-compreensivo, atribuído às ciências humanas. Para que isto ocorresse, buscou no método fenomenológico, tomando como base a fenomenologia descritiva de Husserl, um caminho científico de acesso aos sintomas subjetivos (Moreira, 2011). Para Jaspers (1912/2005), “na esfera da investigação psicológica, E. Husserl deu o primeiro passo crucial em direção a uma fenomenologia sistemática” (p. 772), abrindo um campo que possibilitou uma análise fenomenológica mediante a ampliação do conhecimento sobre os fenômenos psíquicos.

Etimologicamente, o termo “fenomenologia”, em grego, significa fenômeno (*phainomenon*) – aquilo que aparece, o que se mostra – e discurso (*logos*) – estudo, um dizer racional (Bueno, 1968). A partir da filosofia moderna, o termo “fenomenologia” aparece na filosofia de Kant, ao indicar parte da sua teoria sobre o movimento, e em Hegel, que o compreende como o devir da ciência e do saber, por meio do qual o indivíduo percorreria o caminho do Espírito Universal (Abbagnano, 2007).

Mesmo que pensadores como Kant e Hegel, no final do século XVIII e início do século XIX, já fizessem menção ao termo “fenomenologia”, foi somente

com Husserl, em suas *Investigações Lógicas* (1900-1901), que a fenomenologia passou a ser compreendida como um novo modo de pensamento no campo da filosofia. Husserl se preocupou em eliminar a confusão entre psicologia e fenomenologia, esclarecendo que a psicologia é a ciência dos dados de fato, tratando dos acontecimentos reais que, juntamente com os sujeitos, inserem-se no mundo espaço-temporal. Já a fenomenologia trata das essências, não dos fatos, possibilitada apenas pela redução fenomenológica (Abbagnano, 2007). Ele buscou, na fenomenologia, um caminho que possibilitasse o afastamento das especulações metafísicas, construindo uma filosofia voltada à experiência dos homens (Moreira, 2010).

A fenomenologia desenvolvida por Husserl (1931/2001) buscou superar o dualismo entre o psicologismo e o objetivismo, definida por ele como a ciência que investiga aquilo que aparece ou se mostra à consciência em todas as suas significações, ou seja, o estudo das vivências intencionais. Ele compreendia a ciência como um conhecimento racional que gera evidências e envolve rigor, não se referindo à ideia de ciência moderna, adotada pelo positivismo (Goto, 2007).

Husserl (1931/2001) compreendia os sujeitos como dotados de consciência transcendental, que não se caracteriza como substância, mas se manifesta como ato, sendo sempre consciência de alguma coisa. Para ele, “o eu, que permaneço na atitude natural, sou também e a todo instante eu transcendental, mas só me dou conta disso ao efetuar a redução fenomenológica” (p. 55). Husserl destacava que a redução é o caminho que permite a suspensão do mundo natural, visando a alcançar as operações realizadas pela consciência (tais como a percepção, a imaginação, entre outras),

nomeadas, por ele, de *noesis*, pois estão direcionadas a um *noema*, àquilo que é visado pelo ato da consciência (Moreira, 2010). A descrição visa à vivência de um *noema* em seu modo de acesso à consciência.

Para Husserl (1931/2001), uma característica essencial da consciência é a intencionalidade, na medida em que toda consciência é consciência de alguma coisa, não existindo uma consciência pura que não remeteria a nada. Em seus estudos, retoma a noção de intencionalidade da consciência desenvolvida por Brentano, mas não no sentido de uma continuidade de seu pensamento, pois visualiza a intencionalidade como inseparável dos objetos que visa conhecer. O acesso que se tem aos objetos acontece na vivência direta e não por meio de representações. Husserl constrói um modo de pensar que reflete a forma como se está no mundo: sempre se pensa, sente ou age direcionado para algo, já que a consciência é sempre consciência de alguma coisa (Matthews, 2011). Para Husserl (1931/2001), “a palavra intencionalidade não significa nada mais que essa particularidade fundamental e geral que a consciência tem de ser consciência de alguma coisa, de conter, em sua qualidade de *cogito*, seu *cogitatum* em si mesma” (p. 51).

A fim de alcançar o conhecimento verdadeiro, Husserl (1931/2001) rompeu com uma ideia solipsista de consciência, ao destacar que não existe uma consciência fechada em si mesma. Ao afirmar que “não posso viver, experimentar, pensar, não posso agir e emitir julgamentos de valor num mundo outro que aquele que encontra em mim e tira de mim mesmo seu sentido e sua validade” (p. 38), enfatizava que o homem não pode ser pensado separado de seu mundo. Em suas palavras:

Eu encontro a mim mesmo como homem no mundo e, ao mesmo tempo, como tendo experiência do mundo, assim como um conhecimento científico, incluindo-se aí eu mesmo. Então digo a mim mesmo: tudo o que é para mim o é em virtude da minha consciência: é o percebido da minha percepção, o pensado do meu pensamento, o compreendido da minha compreensão, o “intuído” da minha intuição (p. 97).

A partir do que denominou de *a priori da correlação*, Husserl pensava que sujeito e objeto são inseparáveis. Assim, a fenomenologia se propõe a romper com uma posição realista, na qual o objeto está totalmente separado do sujeito e existiria uma realidade verdadeira em si mesma, e com uma posição idealista, em que tudo está representado a partir de uma consciência reflexiva pura (Goto, 2007). Com o propósito de desenvolver um conhecimento seguro, Husserl (1931/2001) elaborou o método fenomenológico. Por meio da descrição dos fenômenos, busca voltar às coisas mesmas, trabalhando com a aparição imediata daquilo que se apresenta, sem recorrer em um primeiro momento às teorias que já foram estabelecidas. Com isso, afirmava que

Uma vez que nos tenhamos apoderado da tarefa fenomenológica de uma descrição concreta da consciência, vemos surgir diante de nós verdadeiros mundos de fatos. Esses fatos jamais haviam sido estudados antes do surgimento da fenomenologia (p. 58-59).

O método acabou por ser priorizado, não ficando submetido à teoria (Goto, 2007). Tal forma de pensar e vivenciar o mundo muito contribuiu para fazer uma ciência que priorize os fenômenos e que não se limite a uma lógica dualista. Amatuzzi (2009) destaca a importância, em Husserl, da busca da

experiência em si mesma, que somente é alcançada na suspensão dos juízos.

Segundo seu entendimento,

se o homem pudesse considerar sua experiência, com tudo que nela está implicado, abstendo-se do julgamento espontâneo da realidade que ela encerra, ele poderia chegar a conclusões seguras acerca do conhecimento e seu alcance. Por esse caminho seria possível afirmar coisas sobre os atos da consciência, e isso mesmo seria um acesso à verdade que desacreditaria o ceticismo generalizado e daria uma base sólida para as discussões (p. 94).

Husserl desenvolveu seu pensamento em meio a um contexto histórico permeado por debates críticos a respeito dos fundamentos da razão e da ciência, principalmente nos âmbitos teórico e prático (Goto, 2007). Ao fundamentar sua crítica às ciências, situou o culto ao objetivismo, que predominava em sua época, como fonte do fracasso das ciências na tarefa de compreensão do homem. Apontou como caminho a busca de sentido no mundo-da-vida, mediante uma vivência intersubjetiva com o outro. Seria na dimensão do sentido que mundo e consciência se encontrariam (Salum & Mahfoud, 2012).

Em meio a esta crise das ciências, Husserl apontou, como solução, a retomada do olhar para a vida das pessoas, que não vinha sendo considerada pelo saber científico. Desenvolveu seu conceito de mundo-da-vida (*Lebenswelt*) ao pensar a Fenomenologia como um projeto de um novo começo para se compreender o homem (Goto, 2007). A noção de *Lebenswelt* possibilita pensar uma fenomenologia mais próxima do vivido dos indivíduos, ao se aproximar do

âmbito da subjetividade, mediante o enfoque conferido à intersubjetividade (Moreira, 2010).

A fenomenologia foi o principal movimento filosófico que buscou romper com a lógica determinista que predominava na área da psiquiatria, ao pensar um novo paradigma que buscasse considerar o todo, não se restringindo a um olhar causalista (Schneider, 2009). Jaspers foi pioneiro ao buscar um método que considerasse os fenômenos psíquicos no campo da psiquiatria e da psicologia (Rodrigues, 2005; Tatossian, 1979/2006). Seu método fenomenológico transitou entre a psicologia objetiva e a psicologia subjetiva ao buscar um entendimento psicológico em si mesmo que não se limitasse às manifestações do próprio campo psíquico (Rodrigues, 2005). Enquanto a psicologia subjetiva visava às representações internas dos processos psíquicos, a psicologia objetiva buscava a observação de aspectos inquestionáveis, tais como a sensopercepção e o conteúdo racional do pensamento (Jaspers, 1912/2005). É justamente por esta sua dicotomia entre mente/corpo e subjetivo/objetivo que Tatossian (1979/2006) considerava que não se pode nomear a psicopatologia de Jaspers como fenomenológica, na medida em que isola uma noção de psiquismo fechada em si mesma e colocada em um mundo dito objetivo.

O surgimento da psicopatologia fenomenológica se deu com a introdução da obra de Husserl no campo da psicopatologia pelo psiquiatra suíço Ludwig Binswanger. A partir da Fenomenologia descritiva de Husserl, nos estudos psicopatológicos, se colocou a possibilidade de avançar para além do pensamento objetivo das ciências naturais. Binswanger abre um novo espaço na psiquiatria para se pensar a existência humana, transcendendo a descrição dos

sintomas ao compreender que a psicopatologia deve partir da experiência ou dos fatos vividos das pessoas. Para que se consiga olhar para o mundo, compreendendo que é formado de maneira diferenciada, é imprescindível considerar o contato que se tem com o outro (Moreira, 2011).

Assim como na filosofia fenomenológica, a psicopatologia fenomenológica também busca o fenômeno, transitando de uma posição objetiva para um mundo pré-objetivo, pré-predicativo, buscando pensar as coisas antes de elas terem sido pensadas. Para a psicopatologia fenomenológica, é tarefa fundamental buscar as modificações do homem no seu mundo, deslocando do sintoma para o vivido patológico (Blankenburg, 1971/2013). Nesta perspectiva, o sofrimento é considerado inerente à existência humana, na medida em que faz parte da experiência singular de cada indivíduo. Neste trabalho, busca-se não reduzir o sofrimento a uma perspectiva individualista que a noção de “doença mental” propaga ao situá-lo como derivado apenas de problemas de ordem psicológica ou fisiológica.

A psicopatologia, sob o olhar da fenomenologia, não se caracteriza como uma busca por respostas para as expressões de adoecimento, mas contribui com uma nova visão de totalidade psíquica, que se situaria em um *continuum* entre o dito mundo objetivo e subjetivo. Suas contribuições teóricas possibilitam pensar a doença mental para além de um reducionismo, seja biológico ou psicológico (Tatossian, 1979/2006).

Esta pesquisa toma a manifestação patológica do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) em uma perspectiva da psicopatologia fenomenológica, na busca por compreender a experiência vivida de

adolescentes que sofrem com este transtorno, abrindo espaço para que se possa ir além da doença. O TDAH é classificado como um transtorno mental (APA, 2013; Barkley, 2008) e como tal vem sendo amplamente pesquisado com enfoque em sua etiologia e seu tratamento. O presente capítulo busca construir um olhar fenomenológico sobre o TDAH, partindo da fenomenologia filosófica de Merleau-Ponty em direção à fenomenologia clínica construída por Arthur Tatossian. A filosofia de Merleau-Ponty (1945/2011; 1951/1991; 1961/2004; 1964/2012) foi tomada como eixo, elegendo-se conceitos que se articulem com a experiência patológica do TDAH. Em seguida, foi pensada a articulação deste vivido com o campo da psicopatologia fenomenológica, desenvolvida por Tatossian (1979/2006; 1979/2012; 1980/2012; 1982/2012; 1989/2012; 1996/2012; 1997/2001), a fim de se construir uma compreensão fenomenológica deste fenômeno.

2.1 Fenomenologia Filosófica: Contribuições da Filosofia de Merleau-Ponty

Merleau-Ponty foi um filósofo que por meio de um olhar ambíguo tomou como objeto de estudo a existência e a corporeidade. Preocupou-se em pensar a relação homem e mundo sem recair no que chamou de pensamento de sobrevoo, que consistiria em uma forma de buscar compreender o homem, mas negando seu enraizamento no mundo (Coelho & Carmo, 1991).

Merleau-Ponty buscou inspiração na fenomenologia proposta por Edmund Husserl, que visava superar o objetivismo que predominava no pensamento vigente de sua época (Coelho & Carmo, 1991; Moreira, 2007). Moreira (2010)

destaca que a fenomenologia de Husserl focalizava “as maneiras como os objetos são constituídos na experiência do sujeito, a estrutura e qualidade do objeto tal como experienciado pelo sujeito” (p. 724). A construção de uma fenomenologia somente poderia acontecer ao considerar o mundo subjetivo do sujeito, o que se afastava de uma concepção reducionista, que considerava apenas as partes de um dado fenômeno, sem olhar para sua totalidade. Husserl estava interessado em encontrar um caminho que resgatasse o sentido da realidade, que em sua visão, a ciência não vinha conseguindo alcançar.

A fim de compreender a experiência da consciência no mundo, Husserl afirmava que era preciso pôr de lado os conhecimentos já adquiridos sobre aquele fenômeno e se voltar para a forma como ele se apresenta aos indivíduos. O caminho proposto é o da *epoché*, palavra grega que significa *ter sobre*, e que na filosofia de Husserl é compreendida como uma atitude desvinculada de qualquer interesse a priori em relação à existência das coisas e do próprio mundo (Abbagnano, 2007). Com uma atitude pautada na ideia de *epoché*, Husserl visava à suspensão da atitude natural ao interromper o curso natural dos pensamentos habituais, construindo um olhar crítico sobre o que se apresenta em cada experiência. O movimento de colocar entre parênteses se dá na suspensão dos a priori a fim de se alcançar a coisa mesma, não se negando as teorias, mas não se detendo sobre elas (Goto, 2007).

Moreira (2010) destaca que o pensamento de Husserl, ainda hoje, é muito marcado pela análise transcendental da consciência. Aponta que se Husserl mantivesse sua proposta inicial, que buscava as essências puras, seria impossível uma aproximação de sua filosofia com os campos da psicologia e

psiquiatria, haja vista que essas áreas do saber trabalham com o homem e seu mundo. Ao longo da obra de Husserl, seus estudos sofreram alterações, na medida em que partiu do enfoque conferido à busca das essências dos fenômenos e passou a enfatizar mais as noções de corporeidade e intersubjetividade, até desenvolver o conceito de *Lebenswelt* (mundo vivido), com o qual se afasta definitivamente de um idealismo transcendental inicialmente proposto por ele.

A noção de *Lebenswelt* será aprofundada na Fenomenologia desenvolvida por Merleau-Ponty, ao pensar homem e mundo de modo interligado, um não podendo existir sem o outro. Sem homem não há mundo para os indivíduos e sem mundo não há o que se possa conhecer. Está-se no mundo e por isso se é consciência encarnada no corpo, posto que não há consciência pura. Ao romper com uma visão marcada pelo dualismo entre objetividade e subjetividade, buscando superar o velho problema metafísico entre realismo e idealismo, Merleau-Ponty (1964/2012) reconheceu a ambiguidade como presente em toda tentativa de compreensão dos fenômenos que se manifestam a cada consciência e também na construção de conhecimento, compreendendo que este jamais é completo, pois não existe um saber que seja absoluto. Sua filosofia se caracteriza por uma constante interrogação, construindo um pensamento ambíguo sempre em movimento (Moreira, 2007; 2010).

A fim de nos aprofundarmos na fenomenologia filosófica pensada por Merleau-Ponty (1945/2011, 1951/1991, 1961/2004, 1964/2012), construímos um caminho teórico que se aproxima dos objetivos do presente trabalho ao eleger

as seguintes noções desenvolvidas em sua filosofia: visão de homem, ruptura de dicotomias, redução fenomenológica, ambiguidade, corpo, espacialidade, carne e *Lebenswelt*. A escolha destas noções deveu-se à importância que assumem no pensamento deste filósofo e à inspiração que suscitaram para se pensar a experiência patológica do TDAH. Deste modo, visamos articular as contribuições da fenomenologia filosófica de Merleau-Ponty para uma compreensão do vivido psicopatológico desta expressão de adoecimento.

2.1.1 Visão de homem.

Merleau-Ponty (1945/2011) considerou as relações entre homem e mundo em suas obras, pensando não ser possível refletir sobre o homem senão pela sua facticidade. Na descrição do homem no mundo, procurou compreendê-lo a partir de sua experiência (Moreira, 2009).

Buscou desenvolver uma forma de filosofia que se diferenciasse da teoria que recai em um idealismo transcendental, compreendendo que a filosofia deveria estar próxima da vida das pessoas. Assim, se coloca a trabalhar com uma visão de homem no mundo ao combater um pensamento de sobrevoo, consistente em manter uma postura de neutralidade científica que desconsidera a impossibilidade de uma separação completa entre homem e mundo. Compreende que a experiência humana é sempre de sujeitos que vivem no mundo, não se colocando na posição de apenas teorizar sobre eles (Coelho & Carmo, 1991; Matthews, 2011).

No livro *Fenomenologia da Percepção*, Merleau-Ponty (1945/2011) apresentou seu entendimento do que seria Fenomenologia ao buscar superar uma noção dicotômica do sujeito, situando-a na união do “extremo subjetivismo ao extremo objetivismo em sua noção do mundo” (p. 18). Nesta obra, avançou de uma fenomenologia da consciência, pensada por Husserl (1931/2001), para uma fenomenologia do corpo, do homem entrelaçado com o mundo. O homem não é sujeito ou objeto, considerados de forma separada, mas se movimenta entre ambos, já que diferentes posicionamentos não necessariamente se caracterizam como posições antagônicas, divergentes. Ao tratar da relação homem-mundo evidenciaria um constante deslizamento de uma polaridade universal para uma polaridade particular e vice-versa, ressaltando a inseparabilidade da experiência subjetiva e objetiva (Coelho & Carmo, 1991; Matthews, 2011).

Merleau-Ponty (1945/2011) afirmava que tudo aquilo que se sabe é construído por meio de uma relação particular do sujeito com o mundo. Para ele, “a consciência do mundo não está fundada na consciência de si, mas elas são rigorosamente contemporâneas: para mim existe um mundo porque eu não me ignoro; sou não dissimulado a mim mesmo porque tenho um mundo” (p. 400). Nesse sentido, considera que só se pode apreender o mundo a partir da relação que se estabelece com ele, não existindo um real que possa ser considerado absoluto. O próprio caminho filosófico construído por Merleau-Ponty tem como solo o movimento de reaprender a ver o mundo, não sendo reflexo de uma verdade já dada, já que “o único Logos que preexiste é o próprio mundo” (p. 19).

Ao se aproximar o campo da fenomenologia filosófica do campo da fenomenologia clínica, pensamos que as manifestações psicopatológicas também não existiriam em si mesmas, não constituindo mera expressão de uma falta, visto serem uma forma de o sujeito funcionar no mundo. A maneira como percebemos os fenômenos não se liga de modo preciso ao que é percebido, pois o que tomamos como real não depende das características que lhes são atribuídas; a percepção, neste sentido, atua como um “fundo sobre o qual todos os atos se destacam” (p. 6), não sendo compreendida como ciência ou ato sobre o mundo. Logo, a realidade deve ser descrita e não analisada. As teorias só podem ser construídas como expressões da experiência, sendo constantemente recriadas no entrelaçamento do universal com o singular (Moreira, 2009).

O TDAH é um fenômeno que se mostra a partir da experiência do outro. A visão diante da pessoa que apresenta características tomadas como sintomas desse transtorno pode variar de acordo como essa experiência é vivida por cada sujeito. O diagnóstico tanto pode ser vivido como libertador, por conseguir localizar e justificar uma manifestação de sofrimento, quanto como aprisionante, na medida em que atravessa uma experiência singular permeada por uma produção de significados.

2.1.2 Ruptura das dicotomias.

Ao pensar o homem em constante entrelaçamento com o mundo, Merleau-Ponty (1945/2011) compreendeu que “o mundo é uma unidade aberta e indefinida em que estou situado” (p. 408). O mundo é o campo de existência,

é a própria existência do homem sendo por ele vivida. Merleau-Ponty criticava a ciência dominante de sua época que se apoiava apenas em premissas dicotômicas, reduzindo o que era passível de conhecimento apenas àquilo que a objetividade alcançaria.

Com o intuito de se distanciar da filosofia reflexiva da consciência proposta por Husserl (1931/2001), Merleau-Ponty (1945/2011, 1961/2004) voltou-se para o mundo sensível, fazendo uma analogia entre sua Filosofia e a pintura de Cézanne (Moreira, 2007). Partindo da descrição da arte de Cézanne e sua produção do mundo vivido do artista, ele refletiu sobre a ruptura de dicotomias, procurando se manter no pré-reflexivo ao buscar desenvolver uma fenomenologia que vá além da dicotomia sujeito-objeto. Destacava que a pintura de Cézanne intencionava reproduzir as coisas tal como aparecem quando estão em vias de se formar. Para Merleau-Ponty (1945/2011),

Cézanne dizia que um quadro contém em si até o odor da paisagem. Ele queria dizer que o arranjo da cor na coisa (e na obra de arte se ela retoma totalmente a coisa) significa por si mesmo todas as respostas que ela daria a uma interrogação dos outros sentidos, que uma coisa não teria essa cor se não tivesse também essa forma, essas propriedades táteis, essa sonoridade, esse odor, e que a coisa é a plenitude absoluta que minha existência indivisa projeta diante de si mesma (p. 427).

A pintura de Cézanne não estabeleceria uma separação entre o que seria da ordem do mundo sensível ou do mundo da razão, posto tratar-se de “uma tentativa de encontrar a fisionomia das coisas e dos rostos pela restituição integral de sua configuração sensível” (Merleau-Ponty, 1945/2011, p. 432). A

pintura mostra algo antes de se refletir sobre o que se apresenta, não consistindo em mera cópia de algo que lhe seja preexistente, tampouco podendo ser separada de alguém que a perceba, pois só existe algo em si mesmo na medida em que se articula com a existência daquele que o percebe. Merleau-Ponty (1945/2011) escreveu sobre o quão difícil seria separar o percebido do sujeito percebedor, pois

construímos a percepção com o percebido. E, como o próprio percebido só é evidentemente acessível através da percepção, não compreendemos finalmente nem um nem outro. Estamos presos ao mundo e não chegamos a nos destacar dele para passar à consciência do mundo (p. 26).

Portanto, só é possível perceber algo como existente se primeiramente o sujeito se percebe como alguém capaz de perceber, visto não haver coisa percebida sem um sujeito que a perceba. Ao se mostrar sem muitos contornos a pintura de Cézanne se aproxima muito mais do real, buscando apreender a espontaneidade das coisas percebidas, diferentemente de uma fotografia, que não consegue captar o movimento:

Sua pintura seria um paradoxo: buscar a realidade sem abandonar a sensação, sem tomar outro guia senão a natureza na impressão imediata, sem delimitar os contornos, sem enquadrar a cor pelo desenho, sem compor a perspectiva nem o quadro (Merleau-Ponty, 1961/ 2004, p. 127).

Ao descrever a pintura de Cézanne, Merleau-Ponty voltou-se para um movimento que parte de si mesmo, o que caracteriza a própria interrogação

filosófica e somente é possível quando se abre espaço para “perguntar também o que é questionar e o que é responder” (Merleau-Ponty, 1964/2012, p. 118). É por meio desta ruptura com as dicotomias, movimento de corte do que estava dado e era apresentado de modo rígido, que Merleau-Ponty aproximava sua filosofia da arte construída por Cézanne.

Ao romper com uma visão dicotômica que separa sujeito e objeto, homem e mundo, Merleau-Ponty construiu uma compreensão de homem mundano. Partindo desta visão de homem, Moreira (2009) pensa uma Psicopatologia que também rompe com a dicotomia entre o real e o imaginário, entendendo que a saúde mental deve ser pensada no entrelaçamento destas duas dimensões. Ao considerar a experiência psicopatológica a partir de múltiplos contornos, reflete que aquilo que aparentemente é invisível pode ser tomado como realidade visível. O sintoma, sendo aquilo que é imediatamente observável, não pode ser olhado como expressão única de uma manifestação de adoecimento.

Neste trabalho, concebemos a saúde como um processo que se transforma e forma novos significados atrelados ao mundo (Moreira, 2007; 2009). Assim como a pintura de Cézanne, que assume múltiplos contornos, e a filosofia de Merleau-Ponty, que busca romper com uma visão dicotômica do mundo, no campo da Psicopatologia fenomenológica, compreendemos ser indispensável o contato direto com a experiência, transcendendo uma separação estanque entre teoria e prática. Tatossian (1979/2006) refletiu sobre isto ao considerar que,

se a psiquiatria fenomenológica devesse escolher previamente uma das concepções ou, de forma eclética, várias, cessaria de ser fenomenológica

antes mesmo de ter começado. O conhecimento da filosofia fenomenológica é certamente precioso, e mesmo necessário para a prática, mas não substitui de forma alguma o trabalho fenomenológico do psiquiatra (p. 26).

As teorias construídas sobre as manifestações psicopatológicas não o são *a partir da* experiência, mas *na* experiência. Ao não tomar uma experiência como realidade como tal, buscamos estar na experiência, vivendo-a como fluxo e incluindo todas as suas condições de possibilidade. Por mais que busquemos suspender todos os pré-julgamentos sobre um dado fenômeno, distanciando-se com a intenção de melhor conhecê-lo, é impossível que atinjamos uma condição de plena neutralidade.

2.1.3 Redução fenomenológica.

Na fenomenologia de Merleau-Ponty (1945/2011), o caminho tomado para se aproximar das coisas, de modo não dicotômico e sem deixar de considerar o sujeito situado no mundo, é pela via da redução fenomenológica. Na medida em que os objetos deixam de ser considerados como posicionados no interior ou no exterior de algo, é possível alcançá-los como aquilo que se pode intuir diretamente da experiência.

Proposta por Husserl e retomada por Merleau-Ponty (1945/2011), a redução fenomenológica visa alcançar um determinado fenômeno como se apresenta para cada indivíduo, antes de qualquer reflexão, não o reduzindo a uma ideia aceita a priori como verdadeira. A redução não é um movimento

idealista de um mundo interior, voltada a uma concepção solipsista, mas se caracteriza pela sua existencialidade, estando encarnada ao mundo. Com a redução fenomenológica resta superada a noção de uma consciência fechada em si mesma, compreendida como um movimento inicial para a produção de conhecimentos. Mas a redução jamais se completa, haja vista que, na medida em que se está no mundo, não se pode estar separado dele, e tudo aquilo que se pensa e sente é vivenciado de modo entrelaçado com o espaço e o tempo em que se vive e se procura compreender.

Moreira (2009) lembra que o pesquisador, quando utiliza a redução, está sempre tentando pôr os conhecimentos “entre parênteses”, sem nunca consegui-lo de forma completa. Nestas tentativas de suspender as ideias e hipóteses em relação ao que está sendo pesquisado, mostra-se aberto ao que possa emergir no contato com o que se apresenta, tanto quando em relação com o outro quanto em contato consigo mesmo.

O mundo fenomenológico abrange o sentido de cada experiência, aqui definida por Merleau-Ponty (1945/2011) como o ato de se “comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles” (p. 142). A experiência jamais pode ser pensada separadamente da subjetividade, haja vista ser impossível isolar o que é da ordem do dado, do hereditário, daquilo que é somente construído. Observa que

a novidade da fenomenologia não é negar a unidade da experiência mas fundá-la de outra maneira que o racionalismo clássico. Pois os atos objetivantes não são representações. O espaço natural e primordial não é o espaço geométrico e, correlativamente, a unidade da experiência não

é garantida por um pensador universal que exporia diante de mim os conteúdos da experiência e me asseguraria, em relação a eles, toda a ciência e toda a potência (p. 394).

A experiência deve ser compreendida no curso da vida como algo novo em relação à própria maneira de ser no mundo. Merleau-Ponty, posteriormente, superou a própria ideia de subjetividade, conforme aprofundou seus conhecimentos sobre a noção de ambiguidade.

Merleau-Ponty (1945/2011) apontava que a união entre o psíquico e o somático não acontece a partir de algo de fora, como se um assumisse a posição de sujeito e outro de objeto. Tal aproximação se constrói no movimento da existência, já que o homem é um todo indivisível, cujo mundo não é somente aquilo que pensa, mas como vive. Em razão da existência de relações de troca, mas sem que essas dimensões se separem, é difícil definir o que seria uma forma de adoecimento física ou psicológica. Apresentar uma explicação somente de ordem fisiológico-mecanicista ou psicológico-intelectualista seria recair em uma generalização, em que só haveria uma maneira de ser corpo ou consciência.

2.1.4 Ambiguidade.

Tudo aquilo que pode ser alcançado pela experiência é formado por uma infinidade de olhares que se entrecruzam, compondo uma totalidade permeada pelo que Merleau-Ponty (1945/2011) nomeou de “ambiguidade”. Tomando o exemplo de uma casa, destacava que

a casa ela mesma não é a casa vista de lugar algum, mas a casa vista de todos os lugares. O objeto acabado é translúcido, ele está penetrado de todos os lados por uma infinidade atual de olhares que se entrecruzam em sua profundidade e não deixam nada escondido (p. 105-106).

Creemos que o corpo hiperativo é também formado a partir do encontro de todos os olhares a ele atribuídos. Cada olhar alcança um ângulo do que está sendo observado, mesmo que vise o todo, sendo que o “próprio do percebido é admitir a ambiguidade, o ‘movido’, é deixar-se modelar por seu contexto” (Merleau-Ponty, 1945/2011, p. 33). Ao fazer distinção entre o corpo vivido da experiência e o corpo objetivo da ciência, Merleau-Ponty (1945/2011) não os considerava de forma cartesiana e dualista, porque, para ele, não são duas dimensões separadas, mas os compreende como um mesmo corpo descrito sob perspectivas diferentes (Matthews, 2011).

Tal descrição passa por uma experiência ambígua, uma vez que o corpo vivido não é um pensar sobre o corpo ou as ideias que se têm acerca dele, e é preciso um movimento reflexivo para que se possa construir sentidos sobre esse vivido. Os significados construídos no mundo e do próprio mundo permanecem sempre abertos à medida que são tomados em sua ambiguidade.

Por meio da linguagem e do tempo, as diversas visões sobre um dado objeto podem vir a se aproximar, ampliando assim a possibilidade de melhor compreensão de um determinado fenômeno. Ao pensar sobre as manifestações de adoecimento, Merleau-Ponty (1945/2011) afirmava que “não podemos escolher entre uma descrição da doença que nos daria seu sentido e uma explicação que nos daria sua causa, e não há explicação sem compreensão” (p.

164). Observamos, aqui, sua compreensão ambígua da doença, ao buscar superar dicotomias, principalmente no que se refere à ideia de interioridade e exterioridade. Merleau-Ponty construiu uma fenomenologia da ambiguidade ao pensar as relações como totalidades que jamais se fecham, que não formam uma síntese. Tem-se, assim, a

experiência de um mundo, não no sentido de um sistema de relações que determinam inteiramente cada acontecimento, mas no sentido de uma totalidade aberta cuja síntese não pode ser acabada. Temos a experiência de um Eu, não no sentido de uma subjetividade absoluta, mas indivisivelmente desfeito e refeito pelo curso do tempo (p. 296).

Olhando-se para a totalidade do estar doente, evidenciamos, nesta condição, uma perda da plasticidade no campo perceptivo, percepção que apenas pode ser apreendida pelo corpo. Para nos aproximarmos do aspecto fenomenal do ser doente, “é preciso reconhecer um núcleo pessoal que é o ser do doente, sua potência de existir. É ali que reside a doença” (p. 188). Quando adoecido, não é possível, ao sujeito, uma mera expressão com o corpo de algo que se passaria em sua consciência, pois corpo e consciência não são dimensões separadas, mas existem, entrelaçadas, em um vivido singular.

O olhar ambíguo construído por Merleau-Ponty (1964/2012) não negava a existência de um eu, do outro e do mundo, mas não concebia que se possa pensá-los de modo separado, pois há um movimento de mútua constituição:

São sempre as *minhas* coisas que os outros olham e o contato que têm com elas não os incorpora a um mundo que seja deles. A percepção do

mundo pelos outros não pode entrar em competição com aquela que tenho eu próprio: meu caso não se assimila ao dos outros, vivo minha percepção por dentro e, do interior, ela possui um poder incomparável de ontogênese (p. 64).

Pode haver maior ou menor aproximação entre a percepção que um indivíduo tem de si e do mundo e aquela que o outro possui, mas sempre haverá uma construção mútua, fruto da experiência que é estar no mundo e o mundo estar em si. Neste trabalho, ao pensarmos os adoecimentos psicopatológicos, que são marcados por uma forma de existência rígida, como parece ocorrer na manifestação do TDAH, mantermos este olhar ambíguo ao não os tomar de forma isolada.

2.1.5 Corpo.

Para Merleau-Ponty (1945/2011), há vários modos de ser corpo, assim como há muitas maneiras de ser consciência. A fim de avançar para além de explicações dadas pela tradição teórica empirista e intelectualista, assim como fez Merleau-Ponty, nesta pesquisa, buscamos os sentidos conferidos àqueles que vivenciam experiências de adoecimento do TDAH. A fenomenologia auxilia a olhar para o corpo doente para além dos sintomas, buscando alcançar o fenômeno que é o ser próprio do doente, sua forma de acessar o mundo, que é única, não sendo possível se aproximar dos sentidos conferidos à experiência patológica apenas construindo teorias, mas buscando estar com o outro (Tatossian, 1979/2006).

Ao discutir a noção de “corpo próprio”, Merleau-Ponty (1945/2011) questiona se ele poderia ser considerado um objeto, a partir de uma concepção que coloca o objeto como separado do sujeito. O corpo próprio não pode ser, assim, objetivado, pois não se encontra diante do sujeito. A tentativa de alcançá-lo a partir de uma racionalização fracassa na medida em que o corpo não se separa do sujeito, tendo sua existência atrelada à daquele. O corpo não é apenas um objeto, mas um objeto sensível em relação a todos os outros:

A experiência do corpo próprio opõe-se ao movimento reflexivo que destaca o objeto do sujeito e o sujeito do objeto, e que nos dá apenas o pensamento do corpo ou o corpo em ideia, e não a experiência do corpo ou o corpo em realidade (p. 269).

A existência do corpo próprio é absoluta, funcionando como um fundo em meio à presença passageira dos objetos. Para Merleau-Ponty, se o corpo fosse um objeto haveria uma realidade sobreposta e criada, uma segunda realidade, que seria considerada representação e fato psíquico, deixando o corpo de ser visto como um fenômeno. O corpo não é percebido nem sentido pelo sujeito como formado por partes separadas que estão justapostas. Suas partes não estão umas sobre as outras, mas envolvidas e entrelaçadas.

Moreira (2007) lembra que o homem jamais poderá ser olhado de forma isolada, uma vez que não há algo que se possa conceituar como interioridade ou exterioridade. O homem transcende “a pura individualidade, de tal forma que singularidade e universalidade coexistem irreversivelmente no homem e no mundo” (p. 224). Pensar o homem como um sujeito, uma consciência pensante ou uma representação seria recair em concepções oriundas do pensamento

cartesiano, criticadas por Merleau-Ponty. Existe homem e existe mundo, mas em um movimento de mútua constituição, em que o olhar do outro ao mesmo tempo que constitui é também constituído.

Merleau-Ponty (1964/2012) afirmava que é impossível para o homem pensar o mundo se não existissem condições para isso em seu corpo. Pensando esse homem, que vivencia o mundo por meio de seu corpo, avança em seus escritos colocando como falhos os próprios conceitos de interioridade e exterioridade, ao afirmar que reduzem o mundo a uma visão dicotômica. Afirmava que não há mesmo “subjetividade”, pois, “a consciência não tem habitante, é mister que eu a liberte inteiramente das apercepções segundas que fazem dela o avesso de um corpo, a propriedade de um psiquismo” (p. 59). Merleau-Ponty radicalizava, assim a crítica feita a Husserl, situando o homem e o mundo não mais a partir de uma consciência, mas como uma experiência do ser que não se põe como objeto diante de si mesmo.

Na tentativa de escapar de uma visão dicotômica e de acabar por recair em um pensamento de sobrevoo, Merleau-Ponty (1964/2012) apontava que a crítica ao mundo interior, à introspecção, desviou-se ao exterior, o que segundo ele “não garante de modo algum contra as ilusões da introspecção, dá apenas nova figura à nossa ideia confusa de uma ‘visão’ psicológica: não faz mais que transportá-la de dentro para fora” (p. 29). Recair em um subjetivismo, sobrepondo-o como algo mais verdadeiro, não é mais do que ficar na visão intelectualista que Merleau-Ponty tanto criticava. Assim, esclareceu que

nosso objetivo não é opor aos fatos coordenados pela ciência objetiva outro grupo de fatos – sejam eles chamados “psiquismo” ou “fatos

subjetivos”, ou “fatos interiores” – que “lhe escapam”, mas mostrar que o ser-objeto e também o ser-sujeito, este concebido em oposição àquele e relativamente a ele, não constituem uma alternativa, que o mundo percebido está aquém ou além da antinomia, que o fracasso da psicologia “objetiva” deve ser compreendido juntamente com o fracasso da física “objetivista” – não como uma vitória do “interior” sobre o “exterior”, do “mental” sobre o “material”, mas como apelo à revisão de nossa ontologia, ao reexame das noções de “sujeito” e de “objeto” (p. 32-33).

Enquanto em uma concepção empirista há inexistência do sujeito, no idealismo há a sua supremacia, porém de forma desconectada do mundo. Ao buscar o ato perceptivo em estado nascente, Merleau-Ponty compreende que o corpo é expressão de sentido, é manifestação criadora que não se reduz a uma causalidade entre estímulo e resposta. Acessar as significações individuais passa pela compreensão de o homem poder se distanciar de seu corpo, vivendo-o tanto em uma dimensão objetiva quanto subjetiva. Pensamos que sem se considerar as relações desse corpo no mundo qualquer entendimento das expressões psicopatológicas poderá recair em uma posição dualista, o que acaba por limitar a compreensão desse fenômeno.

2.1.6 Espacialidade.

A posição do corpo no espaço forma um esquema corporal ambíguo, pois tanto se refere ao sujeito quanto a sua relação com o outro. Ao trabalhar a noção de espacialidade, Merleau-Ponty (1945/2011) desenvolveu o conceito de

“esquema corporal”, compreendendo-o como forma de expressão do corpo no mundo, não sendo algo percebido, mas anterior a uma percepção explícita. Para Merleau-Ponty, “a percepção exterior e a percepção do corpo próprio variam conjuntamente porque elas são as duas faces de um mesmo ato” (p. 276). Com o conceito de esquema corporal, o corpo passou a ocupar um lugar de destaque, pois nele e por seu intermédio, se alcança o fenômeno da expressão, o corpo sendo “a textura comum de todos os objetos” (p. 315). Verissimo (2013) considera que com o conceito de esquema corporal, na obra *Fenomenologia da Percepção* (1945/2011), Merleau-Ponty o dessubstancializa, “fazendo dele expressão da permeabilidade mútua entre as partes do nosso corpo e da permeabilidade do corpo em relação a outrem e ao mundo” (p. 600).

A espacialidade é um dos aspectos concebidos por Merleau-Ponty (1945/2011) como não sendo possível de ser vivido se tomado como exterioridade. O sujeito apenas é capaz de perceber o espaço porque possui um corpo e com ele se comunica, sendo na ação que a espacialidade do corpo se expressa. É importante pensar, “sob o pensamento objetivo do movimento, uma experiência pré-objetiva à qual ele toma de empréstimo o seu sentido e no qual o movimento, ainda ligado àquele que o percebe, é uma variação do poder do sujeito sobre seu mundo” (p. 361). A experiência do espaço é vivida entrelaçada com todos os outros modos de experiência do sujeito.

O corpo não está no espaço nem no tempo, mas habita-os, haja vista que não há um espaço em si mesmo, ele não é vazio, mas tem um sentido, uma direção ou uma “extensão” a partir de sua relação com o sujeito. Merleau-Ponty (1964/2012) apontava que

os fatos e as essências são abstrações: o que há são os mundos, e um mundo e um Ser, não soma de fatos ou sistema de ideias mas a impossibilidade do não-senso ou do vazio ontológico, como o espaço e o tempo não são a soma de indivíduos locais e temporais (p. 115).

A expressão do corpo, seu movimento, e o fundo no qual se destaca não são entidades separadas, mas momentos diferentes de uma totalidade existencial. A mesma compreensão tem-se quando se pensa que um sintoma não pode ser olhado sem se considerar a relação que o indivíduo possui com o mundo, com o seu mundo cheio de singularidades. O corpo hiperativo, descrito como um excesso de atividade motora não pode ser olhado de forma isolada, na medida em que só é expressão patológica quando situado na vivência singular de cada experiência.

A dimensão da espacialidade, juntamente com a temporalidade, é fundamental no campo da Psicopatologia fenomenológica, sendo considerada categoria fenomenológica e base estrutural da condição de ser sujeito. Não se busca definir essas dimensões no âmbito da fenomenologia filosófica a fim de se explicar o que ocorre na experiência, mas busca-se, mais do que uma explicação, uma clarificação quando em contato com o outro. Devido, pouca penetração da fenomenologia no pensamento psiquiátrico, devemos sempre estar atentos ao risco de fazer uma mera aplicação da fenomenologia filosófica a uma prática clínica (Tatossian, 1979/2006).

No campo da Psicopatologia fenomenológica, ao tratar de espacialidade e de temporalidade, privilegiamos o modo como os indivíduos vivenciam essas dimensões em suas vidas. Ao existir de maneira única, vive-se um tempo

considerado existencial, na medida em que não se pode ser separado da história singular de cada um. Porém, não se deixa também de considerar a existência de um espaço físico, objetivo, assim como de um tempo demarcado por horas, com um passado, presente e futuro, que tanto pode ser vivido como muito próximo à experiência de outros indivíduos, como vivido de uma maneira muito particular.

A desorientação na espacialidade ocorre de forma indissociável de uma desorientação também na temporalidade (Minkowski, 1933/2011). Na busca por compreender o vivido hiperativo, as dimensões do tempo e espaço devem ser olhadas em sua totalidade, na medida em que um dos modos de funcionamento hiperativo seria a possibilidade de expressão unicamente no agora, o contato com o outro e o ambiente circundante se manifestando de modo fugaz, passageiro. Compreendemos que qualquer manifestação psicopatológica não está contida dentro dos indivíduos, mas se manifesta intimamente relacionada com o ambiente circundante, com as pessoas e com o modo como o indivíduo vivencia situações e as significa.

2.1.7 Carne.

A partir do seu entendimento de corpo, Merleau-Ponty (1964/2012), em seus últimos escritos, desenvolveu o conceito de carne (*chair*), ampliando seu olhar sobre a relação homem-mundo, de uma constituição, antes, considerada entre sujeito e objeto para uma perspectiva entre corpo e mundo. A primeira menção ao termo carne ocorreu em seu texto “O Homem e a Adversidade” (1951/1991), no qual afirmava que

nosso século apagou a linha divisória entre o “corpo” e o “espírito” e vê a vida humana como espiritual e corporal de parte a parte, sempre apoiada no corpo, sempre associada, até nos seus modos mais carnis, às relações das pessoas. Para muitos pensadores, no fim do século XIX, o corpo era um pedaço de matéria, um feixe de mecanismos. O século XX restaurou e aprofundou a noção de carne, ou seja, do corpo animado (p. 256).

O conceito de carne foi sendo construído não no sentido de alcançar uma “síntese homem-mundo, já que é uma forma de abordar o ser que escapa à representação. Não é matéria nem espírito; está entre ambos” (Moreira, 2007, p. 227). Merleau-Ponty (1964/2012), ao procurar ir além de uma visão dicotomizada, afirmava que aquele que percebe está no mundo; a carne não pode ser apenas observada, mas se vive, ultrapassando, assim, o campo do visível.

Dupond (2010) afirma que o conceito de carne só passou a ser pensado pelo filósofo na medida em que não conseguia mais alcançar a unidade do corpo como fenômeno a partir do que ele compreendia como corpo-próprio. Com tal compreensão de carne, Merleau-Ponty (1964/2012) já não buscava a diferença entre o corpo-sujeito e o corpo-objeto, mas o que havia em comum, ambos pensados como inseparáveis, já que não era mais possível dividi-los. Nesse sentido, considera que “é preciso pensar a carne não a partir das substâncias, corpo e espírito, pois seria então a união dos contraditórios, mas, dizíamos, como elemento, emblema concreto de uma maneira de ser geral” (p. 143).

A carne é compreendida como elemento do ser, que atua em um “meio caminho entre o indivíduo espacio-temporal e a ideia” (p. 136), não sendo nem matéria, nem espírito e nem substância. É resgatado o termo “elemento” no sentido que era empregado pelos pensadores pré-socráticos, ao tratarem de um princípio (*arché*) como a fonte e o sustentáculo permanente de todas as coisas, existindo variação entre a água, ar, terra, fogo, etc. Para Merleau-Ponty, o elemento é compreendido como falar de uma coisa geral que estaria encarnada no homem e no mundo, a carne sendo compreendida como elemento constitutivo. Não há mais um sujeito separado do objeto, mas uma simultaneidade de ser sujeito e objeto, visando a alcançar o vivido psicopatológico, a significação única de cada sujeito.

Para Merleau-Ponty (1964/2012), entre o eu e o mundo não há um vazio, mas uma “espessura da carne” (p. 132), não havendo um único limite entre corpo e mundo, mas uma mútua constituição. A carne se manifesta no encontro entre momentos em que, ao mesmo tempo em que se toca, se é tocado, consistindo em

um verdadeiro tocar o tocar, quando minha mão direita toca minha mão esquerda apalpando as coisas, pelo qual o “sujeito que toca” passa ao nível do tocado, descendo às coisas, de sorte que o tocar se faz no meio do mundo e como nelas (p. 130).

O conceito de carne foi construído, na filosofia de Merleau-Ponty, como um caminho em direção à superação da dicotomia presente no saber filosófico desde a filosofia de Descartes, que acreditava na junção de duas substâncias que se mantinham distintas uma da outra, mesmo quando ligadas em cada ser

humano. As dimensões da universalidade e da particularidade são contempladas no pensamento de Merleau-Ponty não como separadas, mas como carne, e é com essa perspectiva que neste trabalho visa-se compreender o vivido psicopatológico descrito por sujeitos com diagnóstico de TDAH.

2.1.8 *Lebenswelt*.

Merleau-Ponty (1945/2011; 1964/2012) teve maior influência de Husserl, principalmente quando este desenvolveu o conceito de *Lebenswelt* (mundo vivido). O nascimento do *Lebenswelt* somente foi possível com o movimento de redução fenomenológica, o que possibilitou uma abertura tanto ao outro quanto a si mesmo. Merleau-Ponty avançou no campo da fenomenologia superando uma visão dicotômica entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo, priorizando o significado do *Lebenswelt*, conceito que foi o fio condutor de todo o seu pensamento ambíguo (Moreira, 2009; 2010).

Ao desenvolver o conceito de mundo vivido, Husserl buscava atingir o pré-reflexivo, o que se apresentava como já dado, anterior a qualquer ciência, o que Merleau-Ponty (1945/2011) nomeou de “tese do mundo” (p. 11). Moreira (2010) afirma que

o último Husserl, que propõe o conceito de *Lebenswelt*, apresenta então, claramente, uma nova psicologia, diferente da psicologia científica, que deve cuidar da subjetividade humana em vez de se preocupar com a observação de comportamentos objetivos. Deste modo, Husserl inaugura uma psicologia da subjetividade, o solo fecundo no qual se desenvolverão

mais tarde as fenomenologias existenciais, que serão, por sua vez, desenvolvidas em diferentes pensamentos psiquiátricos e psicológicos ligados a uma clínica fenomenológica (p. 726).

Tatossian (1979/2006) apresentou-se como um dos representantes desse desdobramento da fenomenologia no campo da Psicopatologia fenomenológica (Bloc, 2012). O conceito de *Lebenswelt* atravessou todo seu pensamento, ao buscar alcançar, tanto a experiência anterior a qualquer julgamento que se tem diante da pessoa em sofrimento, quanto o *Lebenswelt* particular de cada vivido. Há, assim, um duplo esforço da Psicopatologia fenomenológica, ao visar ao *Lebenswelt*: buscar, tanto a experiência pré-objetiva do sujeito, quanto questionar como se constitui o *Lebenswelt* próprio de cada um.

A fenomenologia mundana desenvolvida por Merleau-Ponty (1961/2004, 1964/2012) possibilita olhar a relação homem-mundo de forma ambígua. O homem não é considerado apenas como o ser que intervém no mundo, produzindo conhecimento, mas intimamente entrelaçado com o mundo, pois,

por certo, a menor retomada da atenção me convence de que esse outro que me invade é todo feito de minha substância: *suas cores, sua dor, seu mundo*, precisamente enquanto *seus*, como os conceberia eu senão a partir das cores que vejo, das dores que tive, do mundo em que vivo? Pelo menos, meu mundo privado deixou de ser apenas meu; é, agora, instrumento manejado pelo outro, dimensão de uma vida generalizada que se enxertou na minha (Merleau-Ponty, 1964/2012, p. 22).

Por surgir em uma condição de entrelaçamento entre homem e mundo, a noção de *Lebenswelt* trabalhada por Merleau-Ponty (1964/2012) superou a cisão entre as dimensões do objetivo e do subjetivo. Com o *Lebenswelt*, Merleau-Ponty atingiu aquilo que a princípio não seria alcançado apenas pela visão, substituindo o estudo do “mundo” ou da “consciência” pelo “ser pensado”, não separando o observador daquilo que está sendo observado, pois o que buscava é o mundo vivido que se constrói em tal relação. Exemplifica suas ideias ao considerar que,

vejo, sinto e é certo que, para me dar conta do que seja ver e sentir, devo parar de acompanhar o ver e o sentir no visível e no sensível onde se lançam, circunscrevendo, aquém neles mesmos, um domínio que não ocupam e a partir do qual se tornam compreensíveis segundo seu sentido e sua essência (p. 44).

Quando pensamos em processos patológicos, é fundamental compreendê-los como constituídos no entrelaçamento do homem com o mundo, a partir de cada modo de funcionamento. Tatossian (1979/2006) considerava que, diferentemente do “trabalho especulativo sobre a literatura especializada, que foi o método de Merleau-Ponty e de outros também, deve preferir obrigatoriamente o comércio direto com o que está em questão: a loucura e o louco” (p. 29). Assim, compreendemos que, ao tomar a fenomenologia filosófica como um campo de implicação da fenomenologia clínica, jamais poderemos perder o contato com aquilo que se apresenta na experiência do homem no mundo.

2.2 Fenomenologia Clínica: Inspiração da Psicopatologia Fenomenológica de Arthur Tatossian para uma Compreensão do TDAH

Neste tópico, apresentamos as contribuições da Psicopatologia fenomenológica desenvolvida por Arthur Tatossian (1979/2006; 1979/2012; 1980/2012; 1982/2012; 1989/2012; 1996/2012; 1997/2001) para pensar o fenômeno do TDAH. Os estudos com referencial na Psicopatologia fenomenológica apresentam posições diferentes de uma forma de pensar linear das ciências centradas em um modelo biologicista. Tatossian (1996/2012) demarca essas diferenças, ao ressaltar:

A tendência contemporânea a generalizar as ciências do homem na estrutura epistemológica das ciências da natureza, considerada como modelo obrigatório de todo conhecimento científico, e a rejeitar como não científico o recurso à compreensão do sentido e ao desenvolvimento hermenêutico (p. 151).

Sem propor a neutralidade científica nos estudos dos fenômenos psicopatológicos, na medida em que busca acessar o mundo vivido daquele que sofre, a Psicopatologia fenomenológica assume que os critérios estabelecidos como gerais pelas ciências da natureza são insuficientes para se alcançar a experiência patológica em sua singularidade. A Psicopatologia fenomenológica se fundamenta como um dos caminhos possíveis de compreensão do vivido patológico do sujeito quando em sofrimento (Moreira, 2011).

Para Tatossian (1996/2012), a fenomenologia é uma maneira de abordar o homem sem se deter em ideias pré-concebidas, seguindo o movimento de “retorno às coisas mesmas” proposto por Husserl. Construir uma teoria do homem, mesmo fundamentada em um olhar fenomenológico, é, também, um ato de pré-julgamento. Para a Psicopatologia fenomenológica, os significados dos termos que se referem à expressão humana, tais como angústia, agressividade, ciúmes, hiperatividade, etc., apenas podem ser percebidos na experiência própria de cada sujeito, na reflexão que faz sobre cada experiência por ele vivida.

2.2.1 Teoria e prática: implicações da fenomenologia filosófica para uma fenomenologia clínica.

No campo da Psicopatologia fenomenológica, Tatossian (1979/2006) retratou as dimensões de teoria e prática, situando a fenomenologia filosófica como base estruturante que permite o olhar sobre a experiência em seu duplo sentido, objetivo e subjetivo. A atitude fenomenológica permite, assim, sair de um modo dualista de pensar e, a partir da filosofia de Merleau-Ponty (1945/2011; 1951/1991; 1961/2004; 1964/2012) chegar a uma compreensão ambígua da relação homem-mundo, considerando de modo complementar a relação entre teoria e prática e o movimento de descrição e busca da gênese, nos aspectos etiológicos dos fenômenos. Para Tatossian (1980/2012),

esta teoria fenomenológica que não sabe ou não quer engendrar prática específica, proclama também, de maneira muito firme e repetida, sua recusa precisamente de qualquer teoria, de qualquer prejulgamento na

abordagem do homem doente e redizendo incansavelmente que a experiência concreta é não somente seu ponto de partida, mas igualmente seu ponto de chegada, se apresenta como pura práxis. Este paradoxo de uma “teoria não teórica” é central à compreensão autêntica da fenomenologia psiquiátrica, e sua solução reside em uma mutação radical, tanto das noções de teoria e de prática, como de sua relação (p. 92).

Tatossian (1979/2012) destacou que o objetivo último da fenomenologia não é descrever a estrutura do mundo e do outro, criando uma teoria que se apresenta como pronta, mas expor e compreender seus processos constituintes. Tatossian entendia que o termo “constituição” limita a compreensão da fenomenologia, ao remeter enganosamente a um tipo de criação das coisas, passando a nomear os processos constituintes de fenomenologia genética, que visa à gênese dos fenômenos. Ao movimentar-se de uma fenomenologia descritiva para uma fenomenologia genética, buscava as alterações basais, mas sem se limitar a essas.

A psicopatologia e a clínica pensadas por Tatossian (1980/2012) não são compreendidas de modo separado; uma nutre a outra; ambas se desenvolvendo em mútua constituição. A clínica não atua como mera prática, uma tecnificação da teoria, na medida em que trabalha com o vivido psicopatológico, o que difere da prática das ciências que constroem teorias desconsiderando a relação do homem com seu mundo:

Nestas ciências ditas talvez positivas, a palavra teoria designa um sistema de hipóteses verificáveis pela experimentação ou, na falta destas, pela

experiência e tendo sido mais ou menos completamente verificadas. Estas hipóteses que se referem aos mecanismos “profundos”, “íntimos” e “escondidos”, condicionando as manifestações superficiais e diretamente acessíveis, permitem, então, pela ação destes mecanismos, reproduzir e, sobretudo, modificar no sentido desejado as manifestações de superfície (p. 93).

Na perspectiva da Psicopatologia fenomenológica, a fenomenologia filosófica é considerada no seu potencial de questionamento, indo além de um recurso metodológico, que atua apenas com o já dado. A relação entre teoria e prática é construída como sendo de implicação e não de aplicação, na medida em que há um trabalho em fluxo que busca estar atento àquilo que se apresenta na experiência fenomenológica. Neste sentido, “diferentemente da fenomenologia filosófica, a fenomenologia quando ‘funciona’ no interior da psicopatologia (ou de toda outra ciência particular) não visa a substituir a pesquisa dos fatos por aquela das essências, mas suscitar uma nova unidade das duas” (Tatossian, 1979/2006, p. 116).

A fenomenologia filosófica considera que mediante o movimento de redução fenomenológica é possível sair de uma atitude natural, em que a realidade é tomada como objetiva, para uma atitude implicada com a realidade para a qual se volta o olhar, isso porque “a fenomenologia não se interessa pelas realidades como tais, mas pelas suas condições de possibilidade” (Tatossian, 1979/2006, p. 25). Constroem-se teorias por se estar no mundo, não sendo possível desvincular-se dele. Ao viver, é-se provocado a pensar e a refletir sobre o entorno; os conhecimentos produzidos não o são de forma desinteressada.

Situar o TDAH apenas em sua dimensão teórica seria desconsiderar o mundo vivido dos sujeitos, o campo social e familiar em que se constituíram, reduzindo-o a alterações no cérebro determinadas pela genética. Teoria e prática estão em duplo movimento, em que uma alimenta a outra. O TDAH é um fenômeno que está no mundo, enquanto diagnóstico - torna-se à priori - nos discursos construídos nos mais diversos espaços - clínicos, educacionais e familiares - e na experiência de pessoas que vivem com o que é entendido como tal. Refletir sobre o TDAH em suas dimensões teórica e prática, utilizando a perspectiva de Tatossian (1979/2006), conduz à identificação de que não há separação completa que permita isolar a teoria da prática neste transtorno.

O fenômeno do TDAH não ocorre de forma isolada: ele somente se manifesta em um corpo, em uma existência. Ainda que sejam os mesmos os sintomas descritos para aqueles que sofrem com esta patologia, a experiência de como se lida com o adoecimento é variável, pois adentra no mundo de significados de cada um. A teoria é constantemente construída porque cada sujeito demanda que seja refeita.

Pensando a partir da perspectiva da fenomenologia clínica, é possível assumir uma postura de redução fenomenológica a fim de suspender aquilo que se toma como real para alcançar os sentidos que lhe são atribuídos. É a partir do que é dado, do que é vivido, que a fenomenologia clínica busca compreender os fenômenos psicopatológicos que emergem na experiência singular e que se encontram sempre em situação:

A noção de situação está no centro da compreensão fenomenológica da ocorrência dos transtornos psíquicos. Não se trata mais, como em

Jaspers, de procurar como o vivido psíquico deriva de outro vivido psíquico, mas como cada situação surge da precedente, pois o homem está sempre em situação (Tatossian, 1979/2012, p. 85-86).

Se os conhecimentos teóricos forem sobrepostos ante a experiência daquele que sofre, a busca da aproximação com o fenômeno torna-se distanciada, ficando apenas no que está aparente. Assim, o perigo reside em adequar o sujeito à teoria quando o foco deve ser a experiência com a teoria de fundo, de sustentação. Neste contexto, “o comportamento e o vivido não são, pois, somente fatos isolados e estanques, mas alternativamente figura e fundo para uma abordagem colocada aquém da distinção sujeito/objeto” (Tatossian, 1979/2006, p. 66). Não é possível uma Psicopatologia fenomenológica que funcione de modo passivo, aplicando a seu objeto de estudo uma teoria definida aprioristicamente, exterior ao vivido. A atitude deve ser sempre dinâmica e dialética.

Sob o olhar da Psicopatologia fenomenológica de Tatossian, entendemos que, no TDAH, é tênue a linha que visa separar os dados advindos do constructo teórico daqueles que se situam na prática, na convivência com pessoas que vivem essa patologia. Pelo fato de a construção do diagnóstico ser clínica, baseada nas queixas das pessoas, e também pela inexistência de exames que apontem a presença do TDAH, é mais exigido que se considere a forma particular de cada um funcionar no mundo.

Em termos teóricos, as pesquisas sobre o TDAH giram em torno de suas causas ou de melhores formas de tratamento (Camargos & Nicolato, 2009; Dias et al., 2010; Santos & Vasconcelos, 2010; Souza, Serra-Pinheiro, Fortes, &

Pinna, 2007). Na dimensão da prática, seja na experiência de profissionais ou de familiares que vivem com sujeitos com TDAH, há uma construção de saberes a partir da reflexão sobre este adoecimento e sobre modos de melhor convívio com essas pessoas. Compreendendo-se a relação entre teoria e prática como recíproca, amplia-se o foco de atenção do indivíduo com TDAH para uma prática de cuidado na promoção da saúde que atue também com grupos, como em famílias e comunidades, transcendendo uma prática que reduz os sujeitos a diagnósticos.

2.2.2 Experiência no TDAH: ponto de partida e de chegada na Psicopatologia fenomenológica.

Tatossian (1979/2006) construiu uma Psicopatologia fenomenológica que prioriza o conceito de experiência no contato com as pessoas e suas manifestações de sofrimento. A experiência é ponto de partida e de chegada para a intervenção clínica (Bloc & Moreira, 2013), olhada para além do empirismo, que se restringe à objetividade e à busca dos porquês, não alcançando o sujeito.

Entendemos o TDAH como um fenômeno que se manifesta no mundo, na experiência dos sujeitos. No campo dos sintomas, é descrito como um transtorno em que os indivíduos podem apresentar dificuldades para focalizar a atenção, sustentar uma ação orientada para um fim e manifestar comportamentos guiados por situações imediatas, além de serem inábeis para controlar os impulsos. Os sintomas, ao sintetizarem, limitam o conhecimento sobre a experiência se

olhados de forma isolada. É importante considerar seus múltiplos contornos, que incluem significações psicológicas, biológicas e culturais, entre outras. Buscar um olhar crítico no campo da Psicopatologia é imprescindível, pois concebe o homem sempre em situação, não acreditando na existência de uma “essência” que o definiria (Moreira, 2004). Neste sentido, cremos que a manifestação dos sintomas atribuídos ao TDAH pode, por exemplo, estar atravessada por características do mundo contemporâneo, tais como a excessiva estimulação por imagens, sons e informações, o que pode provocar a falta de sentido nas ações praticadas pelos próprios sujeitos, devido à fugacidade com que constroem sua relação com o mundo.

Sob tal lente, olha-se para a experiência psicopatológica do TDAH caracterizando-a como dupla, em seus aspectos empírico e transcendental, descritivo e genético. Para Tatossian (1996/2012), “a experiência fenomenológica não perde nada daquilo que revelou a experiência comum, mas ela lhe acrescenta suas condições de possibilidade ou, por melhor dizer, sua estrutura transcendental” (p. 153). Podemos encontrar na experiência comum duas pessoas com a mesma manifestação de um comportamento, com sintomas similares, aparentemente com idêntica expressão patológica, mas jamais com o mesmo vivido. Tatossian explicita melhor tais ideias quando afirmava que a percepção, que é a experiência fenomenológica, pode ser pensada como “aquilo que, de longe era uma silhueta confusamente humana, se revela ser, mais de perto, uma mulher ou um homem, bonito ou feio, bem ou mal vestido... e mesmo, para retomar um exemplo husserliano, um manequim” (p. 155).

Alcançar a experiência vivida de indivíduos com TDAH de forma imediata e plena é impossível, pois sendo intencional nenhuma descrição é completa. Apenas é possível acessá-la a partir da mediação de um outro, haja vista que enquanto o sintoma somático o é em si mesmo, e precisa ser dividido para que se possa olhá-lo melhor, o sintoma psiquiátrico remete a outra coisa para defini-lo, o vivido do paciente, que somente pode ser acessado pela expressão desse sujeito (Tatossian, 1979/2006). Sendo o TDAH considerado crônico, e tendo, necessariamente, início na infância, os indivíduos, provavelmente, manifestarão vividos diferentes relacionados ao transtorno ao longo da vida. Segundo Oliveira e Dias (2015), na infância, a desatenção pode se manifestar pela dificuldade de permanência em brincadeiras, e em adultos, na conduta de evitar atividades que exijam manutenção da atenção. A hiperatividade, que em crianças é muito expressa em seus comportamentos, nos adultos é vivida, comumente, como uma inquietação emocional e cognitiva. Pode-se imaginar que a compreensão, pelo próprio sujeito, de viver com um transtorno, os relacionamentos interpessoais e o aumento das exigências sociais à medida que vai envelhecendo, produzem impactos distintos ao vivido desse sujeito. Enquanto as pessoas podem até mesmo tolerar mais uma criança desatenta ou hiperativa, justamente por se tratar de uma criança, a permanência dos sintomas em adolescentes e adultos, que podem afetar os estudos, o trabalho, a vida social e afetiva, não atrai a simpatia, haja vista ser difícil compreender que adolescentes e adultos ainda tenham dificuldades para cuidar de si mesmos, devido à alta desorganização.

A via para atingir a experiência fenomenológica da doença se desenvolve no contato direto com o que se apresenta, a doença e a pessoa adoecida, posto que “não há fenomenologia onde não há experiência direta do que está em questão” (Tatossian, 1979/2006, p. 309). Quem melhor pode falar da experiência do TDAH é quem o está sofrendo, e somente se consegue acessar esse sofrimento, mesmo que de forma mediada, no contato com o outro. As teorias construídas sobre os fenômenos psicopatológicos desse transtorno não podem se sobrepor à experiência fenomenológica. Não sendo estáticas, tanto teoria quanto experiência devem caminhar para a compreensão do vivido.

Tatossian (1979/2006) argumenta que a Psicopatologia fenomenológica tem se desenvolvido a partir de uma fenomenologia genética, partindo do conceito de *Lebenswelt* (mundo-da-vida) desenvolvido por Husserl, e não mais de uma fenomenologia apenas descritiva. Para Tatossian (1980/2012), “a experiência fenomenológica vai contra a tendência do que Husserl chamava a atitude natural” (p. 97). No campo da Psicopatologia fenomenológica, a experiência é ponto de partida, mas também uma conquista, que passa pelo abandono das noções tradicionais de teoria e de prática, assumindo uma unidade fenomenológica entre essas duas dimensões.

Há a construção de um movimento da fenomenologia descritiva para uma fenomenologia genética, pontuando o quanto esta surge do entrelaçamento da teoria com a prática, de uma demanda profundamente clínica. Para Tatossian (1979/2006), uma fenomenologia genética visa a alcançar o mundo de significados dos modos de existência, partindo para a constituição do vivido

psicopatológico. Tal movimento de buscar a origem se caracteriza como sendo o próprio *Lebenswelt*.

O campo da Psicopatologia que visa a alcançar o que Husserl chamou de *Lebenswelt* se desenvolve mediante duplo esforço. Inicialmente, pela busca da compreensão do mundo pré-intencional, pré-reflexivo, visando a algo que é anterior ao pensado. Tal como considerava Tatossian (1979/2006), “o *Lebenswelt* é mundo percebido por baixo das construções do pensamento” (p. 88-89). O campo psicopatológico intenciona alcançar o *Lebenswelt* particular do indivíduo que sofre, o seu caráter de familiaridade, o “meu” mundo de cada indivíduo, pois o *Lebenswelt* é a “existência mundana vivida pelo indivíduo em sua unicidade” (p. 88). Essa unidade apenas se manifesta em uma experiência na qual sujeito e objeto, eu e mundo, não são colocados como isolados e opostos. O “meu” mundo individual e concreto também é o “nosso” mundo na medida em que está atrelado à historicidade e à intersubjetividade com a qual os indivíduos se constituem.

No que se refere à experiência de indivíduos com TDAH, não podemos deixar de estar atento a esse duplo movimento: ao mesmo tempo em que esta experiência constitui é também constituída. Não negamos o que teoricamente foi construído sobre este transtorno, mas acreditamos que não podemos ficar restrito ao que já está dado. Pensamos o TDAH como uma área do conhecimento que não é universal, já que a vivência de cada doente é experienciada de modo singular, atravessada pelo mundo de significados que cerca o adoecimento. Ao poder atribuir seu sofrimento tanto a uma causa “externa” (como mudanças no ambiente em que se encontra, ações de outras

peessoas ou até mesmo alterações cerebrais) quanto a uma causa “interna” (aqui, entendida como se o seu adoecimento fosse responsabilidade ou culpa sua, provocado pelas relações que estabelece com as pessoas e o mundo, as escolhas feitas e mudanças cerebrais), observamos que elementos da cultura, tais como o individualismo, a visão de saúde como ausência de sofrimento, as categorizações de comportamentos, entre outros, interferem nessa construção de sentidos. O TDAH não se relaciona a processos exclusivamente individuais, mas encontra sustentação no campo social para sua manifestação. As pessoas possuem diferentes características e necessidades e a cultura de que fazem parte potencializa essas expressões. Buscamos alcançar o fenômeno sem descartar os sintomas, procurando nos aproximar da existência dos indivíduos, que está muito além da patologia.

Para Tatossian (1996/2012), o fenômeno “comporta o constituinte e o constituído, a manifestação externa e seu significado como condição transcendental de possibilidade” (p. 153). O fenômeno psicopatológico não tem, como o sintoma, o valor de um índice, que infere a existência de uma doença. Mas é vivido como sintoma e também como fluxo, não podendo ficar restrito a dados isolados. Tatossian (1980/2012) argumentava que a experiência do fenômeno não comporta mais nenhuma distinção de dualidade, “que é própria à experiência do sintoma: um, aquele do sintoma, diretamente dado; o outro, aquele da doença ou da alteração, somente inferida” (p. 96). É na relação com o mundo e com os outros que o fenômeno psicopatológico se mostra em toda sua complexidade.

No caso do TDAH, observa-se que vem sendo inserido em discursos que pouco consideram a relação do vivido patológico com o mundo, naturalizando o corpo doente, ao restringir a patologia a alterações cerebrais. Uma vez compreendido que a experiência patológica do TDAH não pode ser alcançada apenas pela construção teórica biomédica ou situando o sofrimento em uma abordagem orgânica ou psicológica, a ótica da Psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian se configura como contribuição.

2.2.3 As noções de sintoma e fenômeno no TDAH.

Nos estudos sobre o TDAH realizados no campo da saúde, predomina a ênfase nos sintomas e em suas formas de tratamento, o que vai na contramão de uma proposta fenomenológica de olhar as patologias inseridas em um tempo constituinte, formada por elementos diversos, com todo um conjunto de significações. O sintoma é central no saber médico na medida em que é tomado como referência para a compreensão do sofrimento do paciente e para a construção do diagnóstico. O olhar fenomenológico sobre este fenômeno exige um posicionamento diferenciado diante do sujeito, de forma a ir além do sintoma ao considerar as expressões do seu vivido (Bloc & Moreira, 2013).

A experiência está sempre em movimento e é neste movimento que buscamos compreender o vivido psicopatológico. Procuramos ir além dos sintomas, sem negá-los, a fim de acessar o *Lebenswelt*, saindo de uma fenomenologia descritiva para uma fenomenologia genética. Buscamos alcançar os aspectos constitutivos das manifestações patológicas, o que produz

aproximações com o mundo de significados do sujeito em sofrimento, possibilitando desenvolver novos caminhos de intervenção, ao se considerar não somente os sintomas, mas também o mundo vivido.

Ao tratar dos sintomas, Tatossian (1979/2006) lembrava a diferença entre sintoma somático e sintoma psiquiátrico. Conceituava o sintoma somático como intrínseco ao sujeito, enquanto o sintoma psiquiátrico é construído de forma relacional, em que comportamentos considerados normais são tomados como referência. Tatossian apontava o quanto é problemático situar o sintoma somático dessa forma, pois na condição de intrínseco, o sintoma seria próprio ao sujeito, existindo de forma “a priori”, sem estabelecer qualquer relação com o mundo. Assim, haveria a retirada dos sujeitos de uma condição autônoma e a sua colocação como passivos nos cuidados consigo mesmos, prevalecendo uma condição de heteronomia. No caso do indivíduo que vive com TDAH, isto pode ocorrer de tal forma que, com o diagnóstico, pode-se acreditar que conseguir sustentar a atenção, por exemplo, não é algo que dependa mais dele.

Tatossian (1979/2006; 1989/2012) descreveu dois modelos para pensar o exercício clínico, nomeados por ele de inferencial e de perceptivo. O modelo inferencial considera o sintoma como aquilo que pode ser diretamente observado, tomado como indício de alguma forma de adoecimento. É alcançado por observação, podendo ser inferido a partir de delimitadores objetivos precisos. O modelo perceptivo considera o vivido global, os modos de existência do sujeito adoecido como o que deve sobressair ao olhar, não ficando restrito ao sintoma. A construção de um diagnóstico giraria em torno do vivido, sem desconsiderar o sintoma, haja vista tratar-se de via de acesso ao conjunto de experiências do

sujeito. A intenção não é sobrepor um modelo ao outro, mas dar a cada um o seu valor na prática clínica. Tatossian apontava que no dia a dia da clínica, o modelo perceptivo pode vir a ser mais utilizado, mesmo que seja empregada uma linguagem inferencial (Bloc & Moreira, 2013; Tatossian, 1989/2012).

Em relação ao TDAH, pensamos que o modelo inferencial se sobressai na construção dos diagnósticos desse transtorno pelo fato de o olhar clínico ser mais direcionado aos sintomas do que ao vivido. Larroca e Domingos (2012) apontam que mesmo com os progressos nos critérios diagnósticos do TDAH, ainda se observam diferenças em relação ao exercício clínico. A participação de uma equipe multidisciplinar no acompanhamento dos indivíduos que tenham por suspeita esse transtorno é pouco considerada e a elaboração do diagnóstico do TDAH exige obediência a condições fundamentais que nem sempre são seguidas, como o acompanhamento dos indivíduos por no mínimo seis meses, a avaliação da intensidade dos sintomas com possíveis prejuízos nas atividades diárias e a análise dos contextos em que os sintomas são vividos. Tais orientações para o estabelecimento do diagnóstico do TDAH se inserem na compreensão que Tatossian fazia do modelo perceptivo, na medida em que ressaltam a visão do diagnóstico como processo e que os sujeitos devem ser olhados sempre em situação.

Por mais que corpo e psique não se separem e, em qualquer forma de adoecimento se intercomunique, ficar restrito ao sintoma é permanecer apenas com o comportamento manifesto. O sintoma é via de acesso, já que, como explicitava Tatossian (1979/2006),

nos sintomas que se mostram temos somente, para falar com propriedade, a experiência de que alguma coisa está presente, que *justamente não se mostra*, mas que somente se anuncia ou se revela – a saber, a doença ou a alteração. É porque a doença se anuncia nos sintomas, sem se *mostrar*, que os sintomas obrigam a inferências diagnósticas (p. 42).

Buscar o fenômeno é um movimento fundamental para a compreensão fenomenológica do TDAH, pois, como destacava Tatossian (1979/2006), “é o vivido do doente que é o objeto por excelência da experiência psiquiátrica” (p. 38). O que é caracteristicamente psicopatológico não se restringe aos comportamentos, mas é somente alcançado pelas modificações do vivido.

A experiência fenomenológica autêntica acontece na relação do empírico com o transcendental, o que resulta não em mera união dessas duas “partes”, mas na elaboração de algo novo e que é único em cada existência. Negar o sintoma é refutar a demonstração do sofrimento mais imediato, e, mesmo que a ênfase deva estar no fenômeno, não se pode rejeitar os sintomas.

Para compreender o vivido patológico de indivíduos com TDAH há que se ter em vista ir além dos comportamentos que, a princípio, são considerados patológicos, o que acontece ao se olhar para a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade de forma isolada. Considera-se importante a relação do indivíduo com as demandas ao seu redor, o modo como estrutura sua linguagem e a significa, a relação consigo e com o mundo e a maneira como reage aos desafios, regras e rotinas que atravessam sua vida. A experiência vivida do adolescente com TDAH investigado nesta pesquisa visou a ir além dos

comportamentos que “a priori” são considerados patológicos. Uma das contribuições da fenomenologia ao campo psicopatológico se volta à diferenciação entre sintoma e fenômeno e suas implicações a um fazer clínico que se sustente na experiência (Bloc & Moreira, 2013).

Partimos da descrição feita por Tatossian (1979/2006) do funcionamento maníaco visando à aproximação do vivido de indivíduos com TDAH, ao pensar em semelhanças da expressão maníaca com o que as descrições das publicações científicas na área da saúde têm apresentado como sendo o modo patológico predominantemente hiperativo de estar no mundo:

Inicialmente a “redução diagnóstica” do ser-no-mundo em sintomas de doença (excitação psíquica, hipertimia...). Aqui “o doente cessou de ser parceiro de uma relação de comunicação.... já é um caso clínico”. Depois o sintoma se reduz à alteração quantitativa de uma função e o caso a um *organismo* psicofísico, permitindo falar de um *hiperfuncionamento* do aparelho psíquico. Enfim, a última etapa conduz à localização desses distúrbios funcionais nas estruturas nervosas (p. 151).

Tatossian (1979/2006) descreveu o funcionamento maníaco como uma oscilação persistente do humor em que as experiências são sentidas em ritmo acelerado, mas pouco se completam, resultando em perpétuo recomeçar. O contato com o mundo é restrito ao momentâneo, a uma ação pontual, o que limita o vivido a um agora imediato, com o tempo sendo experienciado como encurtado. Pouco estabelece relações entre suas ações no presente com um fluxo entre passado, presente e futuro. O contato com o mundo se dá de modo inconstante, variando de um momento a outro, vivendo o mundo como fugaz. Tal

movimento foi descrito por Tatossian como “presenças isoladas” (p. 145), no qual a existência é vivida de modo “saltitante” e o maníaco fica preso a um presente inautêntico:

O maníaco vive numa cadeia de presenças isoladas de um instante a outro. A explosão de sua biografia, que se reduz a um presente destacado do passado e do futuro, o desenraiza mais profundamente que a melancolia. Ele não pode olhar para trás nem permanecer no mesmo lugar. (Tatossian, 1979/2006, p. 145).

Dörr (2011) também descreve a mania como uma vivência atravessada por presenças isoladas, que os indivíduos não conseguem organizar em um *continuum* no tempo, sem conexão com suas biografias. Devido a esta experiência, que transcorre de presença em presença,

o maníaco fracassa na constituição do mundo comum, embora ao contrário da depressão, se observe a tendência de voltar-se para o outro. Mas este ocupar-se com os outros não está voltado para uma comunicação autêntica, mas é o resultado de um vôo de si mesmo (p. 513).

Dessa forma, por não conseguir reter o passado e nem antecipar o futuro, o maníaco fica impossibilitado de atualizar seu presente. Segundo Tatossian (1979/2006), para compreender a mania é preciso ir até o tempo vivido. Considerada uma categoria fenomenológica, a dimensão da temporalidade é compreendida no campo psicopatológico como uma das bases estruturais para o estudo das manifestações de adoecimentos psicopatológicos. O tempo vivido

é compreendido para além do tempo cronológico, aqui entendido como uma continuidade do tempo previamente dado, de forma anterior a qualquer experiência do tempo para cada sujeito. Na mania, ao pensar as dimensões do passado, presente e futuro, o indivíduo vive o presente de forma focalizada, sem construir um fluxo entre as vivências que teve no passado e as projeções para o futuro, já integrado ao presente.

O sujeito que vivencia a mania encontra-se em estado de fugacidade - não se vincula ao mundo, e as coisas ao seu redor pouco o tocam. O maníaco não consegue vivenciar de modo mais significativo o que lhe ocorre, em razão da não atribuição de significados ao que faz. Para Tatossian (1979/2006), “o fio condutor é a fuga de ideias, sintoma clássico da mania” (p. 148), o que também é manifestado em ideias de grandeza, situações em que o maníaco se sente todo poderoso e com extrema confiança sobre as condições que o cercam. A fim de compreender esta fuga de ideias, Tatossian refletiu sobre o pensamento maníaco, afirmando que

o pensamento mesmo é não problemático: não se trata mais de um caminho lentamente progressivo porque continuamente ocupado em superar obstáculos de sua rota, mas de um saltar que nos aparece como fuga de ideias, rapidez e volatilidade do pensamento, otimismo do conhecimento (p. 149).

Na sua relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo essa fuga de ideias se manifesta mediante um pensamento e um discurso que não segue uma lógica pré-definida. Pensando a mania a partir da dimensão da espacialidade, Tatossian (1979/2006) descreveu que não há contornos

definidos, na medida em que o espaço é vivenciado como livre, onde tudo é fluido, “o espaço maníaco é sem distância, sem direção e sem relevo” (p. 148). Qualquer impedimento é experienciado como sem barreiras que lhe impeçam de fazer aquilo que almeja, pois vivencia o espaço em constante alargamento, não havendo limite entre o maníaco e o outro.

Observamos semelhanças entre o funcionamento hiperativo, descrito no TDAH, e o modo maníaco de estar no mundo especificado por Tatossian (1979/2006). Visando nos aproximar da compreensão de tais expressões patológicas, tomamos as dimensões da temporalidade e da espacialidade como ponto de sustentação em ambos os funcionamentos. O contato com o ambiente e com o outro se limita a um agora imediato, o que Tatossian descreveu no maníaco como “puro presente, porque não encontra *defesa* num passado sólido e num futuro efetivamente projetado, que ele é o que o mundo (material) faz dele, que ele é esse mundo” (p. 149-150). Há um movimento do indivíduo de se lançar em múltiplas direções, mas sem conseguir chegar a lugar algum. Busca-se muitas atividades, há interesses que nascem intensos, porém sem conseguir imprimir uma profundidade nas ações vividas.

A busca por uma atividade posiciona cada indivíduo em um contexto, situa-o no mundo, que está sempre em movimento. Marmorato (2012) aponta que a atividade é um fenômeno de natureza temporal que não faz parte do indivíduo, mas sim do devir, na medida em que transcende um aqui-agora, dirigindo-se ao futuro. Para o referido autor “a atividade é, no fundo, a duração vivida ligada à ideia de ser vivo” (p. 127), sendo esta, então, que fornece a noção de futuro. Em cada atividade, tempo e espaço estão intimamente ligados um ao

outro, mas nos funcionamentos maníaco e hiperativo, tempo e espaço são vividos como voláteis, de forma superficial, na medida em que há pouco aprofundamento do que é experienciado.

O funcionamento maníaco, descrito por Tatossian (1979/2006) na mania, e o funcionamento hiperativo, manifestado no TDAH, são marcados pelo campo das sensações, que ocorrem no aqui e agora, em contrapartida à forma de existência em que as experiências incluem o já vivido, abrangendo uma reflexão sobre o passado e um movimento de projeção para o futuro. Na hiperatividade, as ações dos indivíduos não se finalizam, durando pouco além do momento de sua realização (Marmorato, 2012), como é descrito em indivíduos com TDAH que impulsivamente tomam decisões de forma abrupta, apenas considerando o momento presente. No funcionamento maníaco, o indivíduo experiencia o presente restrito ao aqui-agora, não fazendo conexão de um instante com outro (Tatossian, 1979/2006). Tal sequência de presentes na mania, assim como se é levado a pensar que também ocorre em um funcionamento hiperativo no TDAH, gera uma relação fugaz do indivíduo com o mundo, o estabelecimento de contatos passageiros. Há um movimento de voltar-se para o mundo, mas o sujeito acaba por perder-se devido às várias direções às quais se lança, não conseguindo estabelecer um elo com o que está a sua volta. No TDAH, isto fica mais evidente quando os sintomas de hiperatividade e impulsividade se associam à desatenção. A dificuldade de estabelecer tarefas possíveis de executar, estar mais atento a detalhes e manter um mínimo de organização para que algo seja realizado exige, constantemente, maior esforço dos indivíduos, o que pode comprometer sua motivação para sustentar interesse por algo.

Pensar o funcionamento hiperativo fazendo aproximações com o funcionamento maníaco por meio da lente da Psicopatologia fenomenológica de Tatossian (1979/2006) possibilita sair de uma visão de sintoma, que não pode ser olhado de forma isolada, em direção a uma maneira de estar no mundo do indivíduo. Ao estabelecer uma relação entre a hiperatividade na mania e a hiperatividade como funcionamento global, Marmorato (2012) assinala que tal funcionamento está atrelado a um padrão habitual das pessoas, no qual reconhecem e identificam o estado em que se encontram. O tempo, vivido como acelerado, não necessariamente apresenta caráter patológico, podendo mesmo ser desejável em situações de sobrevivência, ou valorizado, em alguns contextos sociais.

O mundo maníaco é vivido como sem barreiras, construído como mundo próprio, não apresentando dificuldades e obstáculos para aquilo que o indivíduo deseja. Já no mundo em que predomina o funcionamento hiperativo, como ocorre no TDAH, o contato fugaz também é predominante, porém não há o delírio, e o indivíduo apresenta um modo de estar no mundo que mais se assemelha a um estilo de vida agitado, cercado por tantos estímulos que sustentar a atenção passa a ser um desafio. Na hegemonia de uma cultura que preconiza a busca constante por bem-estar, qualquer dificuldade pode ser considerada como anormalidade, o que exige que se tenha um olhar bastante atento para as manifestações de sofrimento, visualizando-o, como propõe Tatossian, como um fenômeno, e não o reduzindo de forma precipitada em sintomas.

Tatossian (1979/2006) considera que “o ponto de partida da fenomenologia da experiência delirante deve ser a experiência do corpo” (p. 302). Tal qual em um funcionamento maníaco, compreendemos que uma aproximação do mundo vivido de adolescentes com TDAH que funcionam em modo hiperativo e/ou desatento requer que se parta de sua vivência, buscando a descrição, o “como”, a sua forma essencial de mundanização. Assim, haja vista que no discurso maníaco se privilegia o como se diz, a forma como a fala é expressão da experiência no mundo, em detrimento do conteúdo e sua discordância da realidade objetiva, no funcionamento hiperativo também se pode evidenciar os sentidos atribuídos pelo sujeito a sua experiência.

A busca pelo fenômeno na experiência patológica do TDAH é importante para compreender as diversas manifestações dessa expressão de adoecimento. O mesmo indivíduo pode apresentar variações de suas dificuldades em distintos contextos e em momentos diferentes de sua vida. O ambiente pode ser experienciado como mais ou menos estimulante, algumas situações podem despertar níveis de atenção diferentes, ou mesmo o predomínio de emoções tais como a ansiedade ou a tristeza pode interferir nesse vivido. Ampliando o olhar do indivíduo para o contexto em que se encontra, compreendemos que o mundo e as diversas manifestações da cultura também atravessam o fenômeno do TDAH, tais como a valorização do individualismo, a busca por resultados rápidos, a visão da saúde como isenta de sofrimentos, o culto ao consumismo, entre outras. A cultura e as expressões de adoecimento pelos indivíduos não se separam, assim como os sintomas e os fenômenos.

2.2.4 Mundaneidade do fenômeno TDAH.

As doenças, assim como as pessoas, mudam e sofrem interferências de fatores “não médicos”. A dimensão endógena é um dos aspectos e serem considerados no estudo da etiologia das psicopatologias. A compreensão tomada aqui é a de Moreira (2002), que retoma o que é endógeno para além do biológico, e entende que uma patologia também é parte da cultura em que está inserida. As doenças são produzidas nas sociedades - cada época manifesta diferentes formas de adoecimento, variando o que é considerado normal ou patológico. A expressão patológica denominada TDAH se manifesta em um mundo com características e cultura próprias de seu tempo. Na medida em que o mundo contemporâneo propaga valores como individualidade, acúmulo de informações rápidas, eficiência e predomínio da racionalidade, constrói-se uma concepção de ser saudável atrelada à posse de um corpo totalmente adaptado a esse meio, que exige, cada vez mais, o predomínio da atenção e da atividade exagerada para que a eficiência seja alcançada. A cultura não somente influencia o que é visto como saúde ou doença, mas, também, é constituinte, e ambos os conceitos estão intrinsecamente ligados.

A atitude de restringir o endógeno a elementos somáticos vai além de um mero engano, como aponta Moreira (2002), porquanto está ligada a todo um mecanismo ideológico individualista que mantém o diagnóstico e tratamento das patologias restrito à dimensão biológica. Tal direcionamento orienta para a medicalização do sofrimento, sustentando práticas em saúde mental, e tem sido bastante discutido em relação ao diagnóstico do TDAH (Carmo, 2007; Gaudenzi & Ortega, 2012; Moysés & Collares, 2011).

O processo de medicalização é complexo, pois envolve toda uma dimensão sociocultural que constrói entendimentos sobre o sofrimento como possível de ser reduzido a diagnósticos. Propagar o discurso medicalizante é negar a condição dos sujeitos para além do campo biológico, estreitando a margem do considerado normal pela sociedade (Carmo, 2007). Compreendemos que o que é pensado como patológico apenas é possível de ser considerado na relação, na intersubjetividade. Mesmo que a fenomenologia não trabalhe com os conceitos de normal e patológico por justamente buscar a suspensão de categorias que afastam das coisas mesmas, a Psicopatologia fenomenológica de Tatossian tomava o normativo como ruptura, afirmando que nenhum fenômeno humano pode ser percebido isoladamente, pois, assim, não seria possível conhecê-lo. Tatossian (1996/2012) apontava o quanto é problemática a própria conceitualização do patológico, ao afirmar que

a definição do patológico é uma cruz permanente da psiquiatria e o operacionalismo não é bem-sucedido. O calcanhar de Aquiles das definições operacionais se situa na necessidade de chamar atenção, aqui, ao caráter *voluntário* ou *involuntário* do comportamento em questão. É necessário, de fato, afastar o caráter voluntário do comportamento (por exemplo, a simulação) em caso de transtornos aparentemente “ego-distônicos”, e seu caráter involuntário, em caso de transtornos “ego-sintônicos” (por exemplo, a mania) (p. 163).

Os critérios operacionais são incapazes de precisar o que é da ordem do voluntário e do involuntário, e o comportamento apontado como desviante não seria em si mesmo objeto do campo da Psicopatologia, mas somente conforme

“pode ser anormal, mas na medida em que aquele que o apresenta não pode deixar de apresentá-lo” (Tatossian, 1979/2006, p. 46). Essa definição de comportamento patológico é atribuída, por Tatossian (1996/2012), a Blankenburg, ao argumentar que “a definição mais rigorosa que já foi dada do patológico em psiquiatria, é aquela de que faz começar lá onde cessa o poder-se-comportar-de outra forma ou o poder-sentir-de outra forma, em termos então de vontade ou de liberdade” (p. 163). Para Tatossian (1997/2001), a expressão patológica era compreendida como a impossibilidade de se viver de maneira diferente, uma forma rígida de experiência que não permite o novo:

A única definição aceitável de patológico é, sem dúvida, a de Blankenburg dizendo que um comportamento ou uma vivência são patológicos quando o-sujeito-não-pode-não-apresentar este comportamento, ou não-pode-não-experimentar esta vivência. É, por exemplo, desta “normalidade patológica” que fala Tellenbach a respeito do *Typus melancholicus*, no entanto, hiperadaptado socialmente (p.144).

A patologia não se apresenta como desvio de comportamento e sim como cristalização, em uma forma única de se estar no mundo. Ao citar o *Typus melancholicus* de Tellenbach, Tatossian destacava que as características de um funcionamento patológico não necessariamente possuem conotação negativa. O que é considerado desvio está inserido em um campo de possibilidades e de valores em cada sociedade (Moreira, 2002). A Psicopatologia fenomenológica se apresenta como via de compreensão do vivido patológico que ficou estagnado e privado de liberdade.

O objeto da Psicopatologia não é em si mesmo o comportamento e o vivido desviantes, mas o “não-poder-se-comportar-de-outra-forma e o não-poder-experimentar-de-outra-maneira” (Tatossian, 1979/2006, p. 262). Um comportamento não pode ser tomado como patológico sem se considerar todo o conjunto de condições que o sustentam, avaliando-se o quanto o sujeito perde autonomia e flexibilidade ao lidar com as situações de sua vida. Tanto a manifestação do comportamento patológico quanto a teoria que o descreve devem ser olhados como intrínsecos um ao outro, pois, para Tatossian (1980/2012),

cada doente impõe que a teoria seja refeita sob novos custos, a prática aparecendo sempre como teoria. Mas a teoria, por outro lado, aparece sempre em fenomenologia para evitar a submissão inapercebida aos prejulgamentos teóricos: ela é, então, sempre prática como “escola da experiência”. A relação entre teoria e prática, ou antes, entre os dois aspectos que têm lugar aqui é, então, de implicação e não de aplicação (p. 98).

O comportamento patológico atribuído ao TDAH tem sido, em si mesmo, considerado desviante, merecendo reflexão sobre se o que é tomado como sintoma interfere ou não na autonomia dos sujeitos e nos sentidos atribuídos por estes a sua experiência. Sendo a construção do diagnóstico feita de maneira a investigar os prejuízos que o transtorno estaria causando, é importante buscar compreender o mundo de significados dos indivíduos em sua singularidade. Alguns sujeitos podem ter uma capacidade maior ou menor de trabalhar com a autodisciplina e estratégias de convivência com o transtorno, o que pode

camuflar ou acentuar os sintomas atribuídos ao TDAH. Com a possibilidade da manifestação de comorbidades atreladas ao transtorno, sendo as mais comuns os transtornos de ansiedade, a depressão, o transtorno bipolar e os transtornos de aprendizagem (Moraes et al., 2007; Sousa et al., 2007), fechar o diagnóstico de TDAH é tarefa complexa, pois seus principais sintomas - hiperatividade, impulsividade e desatenção - se caracterizam por comportamentos que podem ser apresentados por pessoas que não sofram do transtorno. A Psicopatologia fenomenológica contribui no questionamento das fronteiras que separam as noções de normal e patológico, não no que se refere a um juízo de valor ou a um parâmetro conceitual rígido, mas em como a liberdade do sujeito é afetada.

Quando se investiga uma expressão psicopatológica não se está neutro, tanto em uma dimensão emocional quanto cultural. Tatossian (1997/2001) lembrava que, em termos culturais, ao serem relativizadas as noções de normal e de patológico, existia a ideia de que deveria ter uma psiquiatria para cada cultura, mas defendia que

a hipótese do relativismo cultural põe em perigo apenas a psiquiatria fundada sobre o sintoma, quer dizer, uma psiquiatria que, muito modestamente, estima não poder ir além do que é exteriormente observável, o que não é a psiquiatria real, já que a psiquiatria percebe o sentido do comportamento, quer dizer, o vivido, e porque o vivido integra o horizonte cultural daquele que ela observa (p. 143)

Tatossian (1997/2001) considerava que uma certa “neutralização” (p. 138) acontece de forma automática se profissional e indivíduo adoecido compartilham a mesma cultura, o que pode aproximar as noções do que é tomado como normal

e patológico. Porém, quando se naturaliza tais conceitos, há risco de se imprimir no doente um olhar previamente patológico. No TDAH, pensamos que tal risco pode ser aumentado em razão de os sintomas característicos do transtorno estarem próximos do dia a dia das demandas sociais, no tocante à adequação ao ritmo de vida e aos múltiplos estímulos com os quais, cotidianamente, as pessoas lidam.

A experiência de cada pessoa no mundo acontece de maneira única, pois está de acordo com o mundo de significados que é construído por cada um. Se, como afirmava Merleau-Ponty (1945/2011), o que se é como seres humanos não é puramente "interior", e os indivíduos se fazem na relação com o mundo, buscar compreender a experiência de indivíduos diagnosticados com TDAH é ir além do já dito na perspectiva restrita à "interioridade biológica", criticando e ampliando esse vivido em sua mundaneidade. É transpor o estudo sobre um corpo objetivo no TDAH para alcançar o corpo fenomênico. Quanto ao adoecimento psicopatológico denominado de TDAH, sabemos dos sintomas descritos, mas muito pouco sobre o vivido daquele que sofre. Há funcionamentos similares, mas o vivido é único para cada sujeito.

Refletindo sobre o funcionamento hiperativo a partir da lente fenomenológica de Tatossian, podemos identificá-lo como expressão de sentido, de tal forma que para investigá-lo deve-se alcançar a constituição de sua gênese. A hiperatividade tanto se apresenta nos comportamentos motores quanto na linguagem. Os discursos rápidos, atropelados, emitidos por indivíduos com TDAH podem dificultar a oitiva do outro, acabando por ocasionar prejuízos no próprio entendimento do que se escuta. Aspectos como a organização,

percepção a detalhes, realização de uma análise sequencial mediante sustentação da atenção, entre outros, são dimensões do vivido importantes de serem investigados em um diagnóstico de TDAH. Não podemos esquecer que essas condições estão atreladas à interação social, pois a relação com o outro está diretamente conectada ao como as pessoas se posicionam no mundo.

O reconhecimento clínico de uma vivência psicopatológica passa pela constatação das condições de possibilidade (e de impossibilidade) que a regem. Não é a experiência do real, do considerado normal, mas do possível. Tais aproximações da teoria desenvolvida por Tatossian (1979/2006; 1979/2012; 1980/2012; 1982/2012; 1989/2012; 1996/2012; 1997/2001) com a manifestação patológica denominada de TDAH são movimentos iniciais de pensar tal forma de adoecimento a partir do olhar de uma clínica do *Lebenswelt*.

Capítulo 3 – METODOLOGIA

A presente pesquisa surgiu de inquietações diante do crescimento de discussões em torno do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) na contemporaneidade, da quantidade de diagnósticos realizados e do discurso medicalizante construído em torno dos sujeitos avaliados. Ao longo deste estudo, não objetivamos discutir negativamente o uso da medicação, e, tampouco, negar sua eficácia, mas refletir criticamente sobre o reducionismo com que tem sido tratados os sujeitos diagnosticados com TDAH, inseridos em uma divisão dicotômica de saúde ou doença.

Compreendemos o TDAH como uma patologia construída a partir do entrelaçamento do adolescente com seu mundo, na interseção de sua singularidade com a universalidade. Buscar investigar a experiência vivida desses sujeitos é uma forma de intensificar a aproximação com essa expressão de adoecimento, sendo tal experiência compreendida como o lugar do conhecimento (Moreira, 2004). Adotamos a perspectiva da fenomenologia de Merleau-Ponty e da Psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian, procurando ir além de uma compreensão do TDAH como algo somente atribuído ao sujeito. Enfocamos a experiência vivida, buscando nos aproximar dos significados que os sujeitos entrevistados atribuem à sua vivência.

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa, que, segundo Creswell (2007), se caracteriza por utilizar estratégias, tais como narrativa, método fenomenológico, etnografia, estudos baseados em teoria ou estudos teóricos embasados na realidade. Creswell afirma que “a pesquisa qualitativa é

emergente em vez de estritamente pré-configurada” (p. 186), requerendo que se esteja atento aos diversos aspectos que podem surgir e que venham a interferir no que se pretende pesquisar. Nesta forma de pesquisa, o pesquisador não pode deixar de refletir sobre quem é na investigação e a maneira como direciona o estudo, pois, em pesquisas qualitativas, se considera a relação intersubjetiva entre pesquisador e colaboradores.

Em uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico se privilegia o estudo do vivido e os seus significados, a partir de uma experiência intencional. A pesquisa fenomenológica não é um instrumento para o pesquisador, mas atua qualificando-o para uma compreensão mais ampla do fenômeno que é investigado (Amatuzzi, 1996; 2009). Tem como fim a busca do significado da experiência, cujos modos de compreensão são diferentes, posto que dependem da fenomenologia com a qual se trabalha (Moreira, 2004; 2009).

Moreira (2004, 2009) aponta que, comumente, o método fenomenológico é referido a partir de uma ideia global, falado no singular, sem considerar as especificidades da fundamentação filosófica que embasa sua proposta de pesquisa. É preciso delimitar a fenomenologia da qual se está falando, haja vista que o desenvolvimento de uma proposta de trabalho com o método fenomenológico depende da perspectiva filosófica que se elege como sustentação.

A presente pesquisa trabalhou com o método fenomenológico a partir de uma fundamentação em Merleau-Ponty, proposta por Moreira (2004; 2009). Partindo de uma compreensão mundana, Merleau-Ponty (1945/2011) negava o

idealismo transcendental e a ideia de um conhecimento absoluto, buscando aproximar-se do vivido de cada sujeito.

O método fenomenológico foi, inicialmente, proposto por Edmund Husserl (1931/2001), tendo como caminho a redução fenomenológica, que visava a alcançar o conhecimento verdadeiro, a fenomenologia consistindo na busca do fundamento primeiro (Goto, 2007). Merleau-Ponty (1945/2011) apontava que, ao realizar o movimento da redução não precisa des-familiarizar do mundo, o que nem é possível, porque impede que a redução se complete. Problematicava tal ideia, em contraposição a Husserl, ao afirmar que,

para reduzir verdadeiramente uma experiência à sua essência seria preciso tomar em relação a ela uma distância que a pusesse inteiramente sob nosso olhar com todos os subentendidos de sensorialidade ou de pensamento operando nela, fazendo-a e fazendo-nos passar inteiramente para a transparência do imaginário, pensá-la sem o apoio de nenhum solo. Em suma, recuar para o fundo do nada. Só então poderíamos saber quais os momentos que constituem positivamente o ser dessa experiência. Mas seria ela uma experiência, já que eu a sobrevoaria? (Merleau-Ponty, 1964/2012, p. 111).

Merleau-Ponty (1964/2012) apontava que a redução completa jamais é possível, assim como a existência de uma essência “pura”, pois, se o fosse, sair-se-ia da experiência, mantendo-se em uma postura de sobrevoos. Ao afirmar que “o ser, não estando mais *diante de mim*, mas envolvendo-me e, em certo sentido, me atravessando, minha visão do Ser não se faz de alhures, mas no meio do Ser” (p. 113), considerava que os fatos e as essências coexistem, estando

misturados na experiência dos indivíduos. Blankenburg (1971/2013) corroborava esta visão ao afirmar que quase toda descrição chamada “pura” está carregada, em maior ou menor medida, de teoria, por mais que não reconheça aquele que a descreve.

Moreira (2004; 2009) argumenta que a redução, quando usada na pesquisa fenomenológica, é tomada como um artifício de dúvida diante do que está posto, possibilitando que o pesquisador se aproxime da realidade vivenciada pelos sujeitos colaboradores. Tal artifício se faz necessário, haja vista que o pesquisador está enraizado no mundo, não assumindo uma suposta neutralidade diante do que é pesquisado. Moreira propõe que o pesquisador reconheça seus “a priori”, não negando suas intuições, suas hipóteses, mas tomando-as com desconfiança. No caso desta pesquisa, não desconsideramos todo o conjunto de conhecimentos teóricos e experiências anteriores com indivíduos com TDAH vividos pela pesquisadora. Mas, no momento da entrevista, buscamos não tomar esses conhecimentos prévios como dados acabados, mas, antes, conduzi-los como dúvida e “colocá-los entre parênteses” (Moreira, 2004) para conseguirmos nos aproximar mais dos fenômenos que emergam.

A fenomenologia de Merleau-Ponty (1961/2004) não propõe a uma verdade fechada, mas, por ser mundana, está sempre em transformação. Merleau-Ponty fez uma aproximação entre sua filosofia e as pinturas de Cézanne, ao considerar que, pelo fato de os contornos de seus traços não serem bem definidos, expressam as coisas de forma muito mais real do que uma fotografia, que representa o mundo de forma estática. Por meio da obra de

Cézanne, Merleau-Ponty retratou sua ideia de ruptura com as dicotomias, saindo de uma visão de interno *versus* externo ou objetivo *versus* subjetivo, situando a relação entre sujeito e mundo como ambígua.

Por compreendermos o fenômeno psicopatológico como uma expressão que acontece no mundo, é fundamental considerar seus múltiplos contornos, que incluem seus significados psicológicos, biológicos, culturais e políticos, entre outros. Uma perspectiva crítica na pesquisa em Psicopatologia é importante e necessária, na medida em que estuda o homem no mundo em que vive, não restringindo o fenômeno psicopatológico a um “mundo interior”, nem buscando sua síntese ou essência. Trabalhamos com uma dialética aberta, que Merleau-Ponty (1964/2012) nomeava de uma boa dialética, compreendendo que toda tese é uma forma de idealização (Moreira, 2004; 2009).

Esta pesquisa utilizou, como instrumento, a entrevista aberta, pois possibilita que os sujeitos colaboradores descrevam suas experiências de forma livre, e devido sua flexibilidade em relação ao aprofundamento de conteúdos que aparecem durante a entrevista, iniciando com a seguinte pergunta disparadora: *Como é, para você, viver com o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade?* Foram realizadas oito entrevistas individuais, gravadas e posteriormente transcritas. O conteúdo transcrito constituiu o texto nativo, composto não apenas pelas falas literais dos participantes, mas por todo o conteúdo não verbal que surgiu: silêncios, risos, choros e entonações.

Encontramos os sujeitos colaboradores a partir de indicações pelo método *snowball* (bola de neve), forma não probabilística de amostragem em que os participantes iniciais do estudo indicam novos participantes (Dewes, 2013).

Contatamos psicólogos próximos à pesquisadora que atendia o público adolescente, em clínica particular, e a pesquisa foi divulgada na clínica-escola de psicologia da Universidade de Fortaleza. Os participantes foram ouvidos no espaço em que se sentiram mais à vontade, que foram: sua própria casa, a faculdade em que estudavam e na clínica na qual a pesquisadora trabalha como psicóloga clínica. Predominou a escolha – por parte dos participantes e dos familiares que os levaram - de irem ao consultório da própria pesquisadora. Cada espaço foi cuidado para que se revelasse um ambiente aconchegante e tranquilo. Todos permitiram que a entrevista fosse gravada. Houve contato com um familiar de cada adolescente entrevistado, restrição feita às duas adolescentes que tinham dezoito anos e foram entrevistadas em sua universidade.

A pesquisa atendeu às requisições éticas estabelecidas pela *Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012*, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (Coetica) da Universidade de Fortaleza, obtendo parecer favorável à realização da pesquisa (Vide Apêndice B).

Apresentamos aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Vide Apêndice A), que, após lido e esclarecida as dúvidas referentes à participação na pesquisa, foi assinado pelos colaboradores, seus responsáveis e pela pesquisadora, ficando uma via para cada um.

Após a realização das entrevistas, seguiram os passos propostos por Moreira (2004), inicialmente inspirados nas etapas desenvolvidas por Giorgi, que, segundo Amatuzzi (1996), foi um dos primeiros estudiosos a sistematizar

os passos de um procedimento em pesquisa fenomenológica. Moreira (2004) desenvolve uma proposta de análise fenomenológica mundana no seguinte caminho:

- a) Transcrição da entrevista, pelo próprio pesquisador, na medida em que a entrevista não visa apenas à fala verbal, mas abrange, também, a linguagem não verbal: respiração, pausas, tons de voz, etc. Na ocasião, fizemos uma leitura atenta do material transcrito, questionando-nos sobre as ideias gerais que foram expostas pelos sujeitos entrevistados;
- b) Início da análise, com a organização das falas em “categorias”, mediante a divisão do texto nativo em *tons*, assim considerados os movimentos da entrevista, as mudanças de conteúdo e de entonações. Ao descrever as falas detalhadamente, tornou-se possível produzir temas a partir dos significados emergentes;
- c) “Saída dos parênteses”, que consiste na saída do pesquisador do movimento de redução fenomenológica, assumindo sua mundaneidade e se colocando no diálogo com os significados que apareceram nas falas dos sujeitos entrevistados. Aqui, o pesquisador volta a olhar suas hipóteses iniciais, dialogando com os resultados da pesquisa e com suas suspeitas, se afastando, assim, de um “pensamento de sobrevoo”.

O método fenomenológico utilizado teve por objetivo descrever a experiência vivida dos sujeitos entrevistados atravessados pelo TDAH. Tal

compreensão somente acontece ao buscar distinguir a singularidade de cada acontecimento (Moreira, 2004). A compreensão deste fenômeno pelo olhar do adolescente é um enfoque novo, haja vista que os profissionais são os mais solicitados a explicar esta expressão patológica, quando não a família e a escola.

A partir do discurso médico, o TDAH é considerado um transtorno cujos aspectos biológicos são os privilegiados nos estudos realizados. Esta pesquisa teve como lente a Psicopatologia fenomenológica, em seus múltiplos contornos. Buscou, em vez de investigar sobre o adolescente com TDAH, pesquisar junto a ele, suas experiências com o fenômeno, considerando-o, não como objeto de pesquisa, mas como sujeito colaborador, que confere voz ao seu mundo vivido.

Capítulo 4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta pesquisa, foram realizadas oito entrevistas e, após suas transcrições, produziram-se as análises a partir do que emergiu nas falas dos sujeitos colaboradores. Posteriormente, foram elencados as categorias, partindo dos temas que apareceram nas entrevistas. Em uma perspectiva fenomenológica ambígua, compreendemos que as categorias, aqui descritas, estão entrelaçadas e a forma como foram apresentadas no texto se deu para fins de pesquisa. Os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, aleatórios, para que fossem preservadas suas identidades e foram sinalizados entre parênteses após cada fala transcrita.

Os adolescentes não colocaram obstáculos a serem entrevistados e, à medida em que a entrevista avançava foi percebido que os sujeitos colaboradores ficavam mais à vontade. Um dos entrevistados afirmou: *“Acho que eu estou me sentindo privilegiado por estar fazendo parte de uma pesquisa”* (Saulo), o que demonstra a abertura para o diálogo e os sentidos positivos atribuídos à participação nesta pesquisa.

Houve predomínio de entrevistados do sexo masculino, o que reflete, segundo estudos na área, maior frequência do diagnóstico de TDAH em meninos (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010). Observamos que todos os adolescentes do sexo masculino entrevistados tiveram diagnóstico mais precoce, quando comparados as do sexo feminino (vide Tabela 1), que relataram que apresentavam, quando crianças, sintomas de hiperatividade, o que não foi manifestado pelas adolescentes. A hiperatividade é uma característica que, por

chamar mais a atenção e trazer mais incômodos ao meio social, pode levar a um diagnóstico mais precoce. Esta característica, em geral, perde força na adolescência, quando passa a predominar a desatenção.

TABELA 1: PERFIL DOS SUJEITOS COLABORADORES

	Fred	Carlo	João	Saulo	Rui	Lia	Jade	Ana
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	13 anos	13 anos	14 anos	13 anos	15 anos	18 anos	18 anos	11 anos
Série	7ª ano	8ª ano	8ª ano	8ª ano	9ª ano	Universitária	Universitária	4ª ano
Quando foi diagnosticado	12 anos	10 anos	13 anos	9 anos	7 anos	15 anos	17 anos	8 anos
Local da entrevista	Consultório	Consultório	Consultório	Consultório	Casa	Faculdade	Faculdade	Consultório

*Nomes fictícios

Inspirados pela fenomenologia de Merleau-Ponty (1945/2011), as falas, aqui transcritas, foram compreendidas como gestos corpóreos, ricos em significações. A linguagem é uma experiência ambígua, não sendo puramente exterior ou interior ao corpo, mas se constrói na relação entre homem e mundo. Merleau-Ponty entendia que a palavra tem um sentido, estando, intimamente, envolvida com o pensamento, ambos não existindo fora do mundo:

(...) a intenção de falar só pode encontrar-se em uma experiência aberta; ela aparece, assim como a ebulição em um líquido, quando, na espessura do ser, zonas de vazio se constituem e se deslocam para o exterior. A partir do momento em que o homem se serve da linguagem para estabelecer uma relação viva consigo mesmo ou com seus semelhantes,

a linguagem não é mais um instrumento, não é mais um meio, ela é uma manifestação (p. 266).

O filósofo compreendia a palavra não como pura manifestação do pensamento, uma exteriorização deste, mas como a fonte originária do próprio ato de pensar: “esse caráter eminentemente corpóreo da significação impede que se possa tomá-la como objeto puro de pensamento” (Furlan & Bocchi, 2003, p. 445), situando a fala na relação homem-mundo.

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada sua leitura minuciosa a fim de observar os movimentos das falas de cada entrevistado. A partir dos temas que emergiram, foi feita uma organização das categorias a fim de alcançar uma melhor compreensão do vivido dos sujeitos entrevistados. Formadas estas categorias, foram elencados trechos das falas dos entrevistados e “saindo dos parênteses” houve o diálogo com a literatura científica.

Foram organizadas as seguintes categorias: 1. Compreensão do que é o TDAH; 2. Experiência de ter TDAH; 3. Dificuldades no processo de aprendizagem; 4. Medicação; e 5. Relacionamentos interpessoais.

Na primeira categoria, *Compreensão do que é o TDAH*, foi descrito o entendimento, por parte dos participantes, do que é o transtorno. Na segunda categoria, *Experiência de ter TDAH*, foram descritos os significados atribuídos pelos adolescentes às suas experiências com o transtorno, o que incluiu suas relações com as características do TDAH e as comorbidades associadas.

A categoria *Dificuldades no processo de aprendizagem* apareceu devido a experiência educacional dos entrevistados ser bastante descrita, frequentemente vivida com muitas dificuldades para acompanhar os conteúdos

escolares. Os adolescentes entrevistados tinham o estudo como atividade principal e se encontravam entre o ensino fundamental, ensino médio e universitário. Dos oito entrevistados, cinco tinham histórico de reprovação, e todos precisavam, comumente, chegar à etapa de recuperação para conseguir avançar à série seguinte. Outros temas presentes, nesta categoria, foram: a baixa autoestima decorrente de notas baixas, como estruturavam seus estudos e as expectativas em relação à futura vida profissional.

A categoria *Medicação* emergiu da fala dos entrevistados ao se referirem ao tratamento realizado por conta do TDAH. A escolha de tal categoria se deveu ao fato de que todos os entrevistados fizeram uso de medicação, associada ou não à psicoterapia. Foi discutido, nesta categoria, como os adolescentes vivenciam o tratamento do TDAH, como lidavam com o fato de ter que fazer uso diário da medicação e como haviam interrompido seu uso, nos casos dos adolescentes que não mais o tomava.

A quinta e última categoria, *Relacionamentos interpessoais*, contempla a relação dos adolescentes construída com o outro e atravessada pelo diagnóstico de TDAH, assim como o modo como se relacionam consigo mesmos a partir de suas características. Foram discutidos, nesta categoria, as relações que os adolescentes mantinham com os familiares, os amigos e os profissionais da escola e da saúde que os acompanhavam.

1. Compreensão do que é o TDAH

Ao falarem como compreendiam o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), os adolescentes descreviam, principalmente, as dificuldades cotidianas por eles vividas:

É uma dificuldade de... se concentrar, focar em uma tarefa específica... que ... devido a essa dificuldade desmotiva a pessoa a tentar, de continuar, tenta de novo, não consegue de novo... eu não sei, eu acho que ... o problema mesmo, é... você não... você não acreditar que não tem a capacidade de aprender nada, como você não consegue se concentrar naquilo e... como você não consegue se concentrar naquilo, você não consegue aprender (Jade)

Um dos entrevistados falou que, conversando com sua médica, descobriu que muitas coisas que sentia e vivia estavam relacionadas ao TDAH:

Minha médica disse que quem tem TDAH deixa tudo para última hora, e aí essa é uma característica bem minha, eu deixo tudo do colégio pra última hora, as coisas da escola sempre pra última hora, dá certo, mas os professores já disseram pra eu não fazer isso pois um dia pode acontecer alguma coisa. Esse foi um ponto bem importante que descobri (Saulo)

As características atribuídas ao TDAH somente ganham sentido na medida em que esta relação é construída a partir do diagnóstico. Segundo Oliveira e Dias (2015), é comum que a população manifeste sintomas atribuídos ao TDAH, mesmo sem sofrer o transtorno, na medida em que a manifestação de transtornos, comumente, são exacerbações disfuncionais de características vividas pelas pessoas em geral. Antes do diagnóstico, a forma como os adolescentes lidavam com suas atividades era percebida por eles apenas como uma dificuldade que lhe trazia sofrimento.

A dificuldade de sustentar a atenção predominou entre os adolescentes entrevistados, corroborando os resultados de outras pesquisas (Dorneles et al., 2014; Rangel Junior & Loos, 2011). Segundo Oliveira e Dias (2015), na infância, a desatenção pode se manifestar por meio da dificuldade de manter constância em brincadeiras, e, em adultos, da evitação de atividades que exijam manutenção da atenção. O sintoma da desatenção foi descrito como:

Minha mãe e todo mundo sempre que achava que meio que “Ah tua desatenção é falta de interesse” é, mas tinham é... matérias do colégio que eu gostava de estudar, de ler e... mas assim eu tinha dificuldade de .. de ficar lendo porque eu ia ler e eu não conseguia passar de um parágrafo porque eu ficava lendo e depois eu me tocava, eu não entendi nada que eu li, lia por cima pensando em outra coisa ... ai eu repetiu e ai tinha uma hora que eu cansava, não aguentava mais e desistia ... ai ficava nisso todo tempo (Jade)

Assim, quando eu estou estudando alguma coisa, eu tô lendo um texto e as vezes eu leio um parágrafo ai quando eu passo para o outro parágrafo eu não lembro mais o que ... eu não lembro mais o que estava escrito no parágrafo anterior e as vezes mesmo eu to estudando e do nada eu penso em outra coisa sabe eu me distraio muito fácil (Lia)

É que eu ... assim... eu presto atenção, só que se eu não tomar (o remédio) eu não consigo entender direito... a matéria (...) tipo quando eu vou para uma aula de inglês e de matemática eu preciso tomar o meu remédio (Ana)

Houve, também, as falas, entre os entrevistados, de que conseguiam se concentrar, caso algo lhes interessasse muito. Pensamos que a desatenção pode ser mais evidente em situações que não tenham muitos estímulos para os indivíduos.

A minha mãe, quando eu falei que queria ser médica, ela disse “Tem certeza?” Porque ela sempre disse que a minha área seria a área de artes porque eu sou uma pessoa extremamente criativa pra fazer alguma coisa, nisso eu tenho foco sabe (...) assim, de escrever quando eu to escrevendo eu faço só aquilo, eu não penso em mais nada só na história que eu estou criando e assim até pra fazer outra coisa pintar, desenhar (Lia)

A pessoa que tem TDAH meio que ela se concentra quando ela quer, não sei bem explicar, quando eu quero eu faço só que, mas, quando eu não estou com muita vontade o TDAH piora (Saulo)

Dentre os adolescentes entrevistados, um deles tinha, como sintoma predominante, a hiperatividade, descrita por ele como um “momento de empolgação demais” (SIC). Relatou que, antes do diagnóstico, a hiperatividade se manifestava com mais frequência e que, atualmente, ela acontece, em média, duas vezes por mês:

Para mim, sinceramente, eu não sinto a menor diferença, quando começo a ficar hiperativo eu não vejo nada demais é como se .. tipo ... essa parte da hiperatividade eu vejo o mundo ... ele, o mundo, fica um pouco mais lento (Carlo)

A vivência de situações, como a descrita na fala anterior, de o mundo ficar mais lento, ilustra o quanto espaço e tempo são dimensões que assumem uma lógica própria de funcionamento, o que parece se acentuar em indivíduos com TDAH. Este funcionamento acelerado é capaz de produzir muitos pensamentos desconectados entre si, de forma a serem pensados sem um elo de conexão, caso os indivíduos não consigam dar direcionamento a eles. A dimensão da temporalidade, compreendida como um dos alicerces estruturais do estudo de adoecimentos psicopatológicos, é considerada como tempo vivido, que não é um

tempo das “coisas”, mas um tempo propriamente humano (Tatossian, 1979/2006), como tal foi olhada nesta pesquisa.

Junto às dimensões da temporalidade e da espacialidade, a corporeidade e a relação com os outros podem ser vividas com distorções ou de formas mais rígidas. O espaço pode ser experienciado, na vivência do TDAH, de forma alargada, em um “modo saltitante da existência” (p. 7), enquanto o tempo vivido perde sua dimensão de horizontalidade (Chamond, 2011), o que foi observado nos adolescentes entrevistados, tanto os que apresentavam predomínio da desatenção quanto da hiperatividade, ao conduzirem suas ações de forma a durar pouco além do momento de sua realização, necessitando de grande esforço para finalizá-las:

Quando me botam parado em um canto, eu penso no que fiz ... Eu me perguntava “Se eu tivesse parado antes, o que teria acontecido?” Durava uma meia hora e depois voltava de novo (Carlo)

Às vezes faço alguma coisa por impulso mesmo, eu não controlo, sabe (...) às vezes falo umas coisas... eu falo mas não consigo controlar sabe (...) acho que a qualquer hora, é comum (...) Não gosto né... são coisas que eu devia controlar, mas não consigo (Fred)

Nas entrevistas, foi observado que dois adolescentes, de forma pronunciada, apresentaram muitas pausas nas falas, não sustentando uma sequência de ideias de maneira contínua. Certa dificuldade de expressão pode acontecer devido a características da própria fase de desenvolvimento em que se encontram, mas, mesmo outros adolescentes entrevistados desta pesquisa, que se descreviam como tímidos e mais fechados, conseguiam falar de suas vidas em um discurso mais estruturado.

Apesar dos sujeitos colaboradores desta pesquisa terem sido adolescentes, é destacado, aqui, a fala da mãe de um entrevistado, que relatou, em um momento posterior a entrevista, que o filho falava muito em voz alta. Segundo a mãe, o filho conversa sozinho, como se estivesse com colegas ou familiares, após ter vivenciado alguma situação com eles. Foi somente a partir desta fala da mãe que o entrevistado descreveu estes momentos: *“Eu treino falas, eu falo coisa que eu não conseguir falar antes”* (SIC). Enquanto ele constrói estas conversas imaginárias, não consegue fazer outras atividades, parando o que está fazendo, o que leva a uma reflexão se, talvez, este movimento de “treinar falas” do adolescente o ajuda a estruturar melhor seu pensamento, na busca de compreender o que é por ele vivenciado. Relatou que não se incomodava com este comportamento, diferentemente da mãe, que afirmava ficar receosa com a reação de terceiros ao ouvir o filho conversando sozinho.

A compreensão que os adolescentes descreveram a respeito do TDAH está diretamente relacionada aos problemas por eles vividos. Os adolescentes com mais idade que participaram desta pesquisa conseguiram falar mais do transtorno, indicando que já tinham realizado leituras em “sites” e livros indicados. Ter informações sobre o TDAH é importante para que os adolescentes possam se posicionar de forma ativa em seus tratamentos, de modo a contribuir para a construção de estratégias de cuidado que lhes sejam mais eficientes. Entendendo como o TDAH afeta suas vidas, e das pessoas ao seu redor, os adolescentes têm possibilidade de se sentirem mais confiantes nas atividades por eles desenvolvidas.

2. Experiência de ter TDAH

A fala de que era normal ter TDAH apareceu nas entrevistas, apontando para uma compreensão de que os sujeitos colaboradores funcionavam de determinado modo e que depois descobriram que aquela forma de funcionar tinha o nome de TDAH. Compreendemos que não era porque os adolescentes não ligassem ou não sentissem dificuldades decorrentes do transtorno, mas, porque, para eles, era normal, na medida em que era a sua forma de existência:

Bom, eu acho normal, só que prestar atenção em alguma coisa é muito difícil, tipo, se eu tiver em aula eu tento prestar atenção, mas não consigo, fico pensando em outra coisa, tipo isso (Rui)

É basicamente a desatenção, às vezes eu to jogando (computador), que é o que eu mais gosto de fazer, aí eu fico olhando pro lado e pro outro, pra cima, pra baixo, sabe ... eu não consigo manter a concentração (Fred)

Eu diria que que é... um transtorno que você pode vencer ele e que você pode parar, assim, não parar de ter o transtorno mas passar a se concentrar mais a não senti muita dificuldade. Pra mim é normal, quando você já nasce, ela já sabe, não sabe ainda lidar mas vai aprendendo se for bem cuidada, tiver acompanhamento (Saulo)

É um pouco de problema de atenção, é um pouco bom pra conhecer (Ana)

É o fato de você, assim, não focar, mas tá prestando atenção em diversas coisas mas acaba ... não prestando em nenhuma ao mesmo tempo que assim ... você tá tão... por que assim a gente consegue fazer várias coisas ao mesmo tempo sabe, isso é bom e ruim ao mesmo tempo, assim, bom

no tipo que você é multitarefa e é ruim porque você não consegue, pode estar fazendo um monte de coisa ao mesmo tempo mas não consegue focar definitivamente em uma coisa e as vezes algo acaba não dando muito certo ou sai do jeito que você não queria, mas enfim, é bom e ruim ao mesmo tempo (Lia)

Os adolescentes entrevistados se referiam a si mesmos como jovens normais, mas que tinham um transtorno. Nas suas falas, ao descreverem suas características, como ser tímido, agitado, ansioso ou desorganizado, entre outras, não faziam associação com o TDAH ou a uma consequência dele, mas se consideravam pessoas normais, que tinham o transtorno como uma particularidade:

Uma pessoa normal, mas com um ... um déficit né (Fred)

Todo mundo tem defeito, ninguém é especial - Você acha que é um defeito? (pesquisadora) - É, mas que pode tratar, né? (Rui)

A noção de normalidade foi descrita nas falas dos entrevistados como relativa, não absoluta e fechada em si mesma, pois se percebiam como pessoas normais, na maioria das situações vividas, mas que, em alguns momentos, sentiam muita dificuldade de realizar algo, como sustentar a atenção nos estudos ou acompanhar uma conversa mais longa. Segundo Canguilhem (1966/2009), por mais que sejam localizadas alterações fisiológicas no organismo humano, a doença não está em alguma parte do homem, mas em seu todo. É por isto que os limites entre saúde e doença são flexíveis, assim como, em uma demarcação entre o normal e o patológico, não havendo continuidade idêntica nas experiências psicopatológicas.

Portanto, se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. (...). Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (Canguilhem, 1966/2009, p. 71)

Tatossian (1979/2006) também compreendia a norma como inerente a toda experiência, sendo universal, mas que o conteúdo dela precisa ser olhada em sua singularidade, pois depende das condições de possibilidade para a manifestação dos comportamentos. As noções de normal e de patológico apenas podem ser consideradas nas relações, pois

só a relação inter-humana pode ser normal ou anormal. Mas, na realidade, o sujeito fenomenológico é intersubjetividade e, em última análise, a fenomenologia “tematiza” o problema da norma como problema da ancoragem do indivíduo num mundo comum constituído pela intersubjetividade da qual ele mesmo também o é (p. 47)

Assim como as noções de normal e patológico são continuamente renomeadas no campo da saúde, a exemplo do DSM (APA, 2013), que já se encontra em sua quinta edição, uma separação entre doenças físicas e psicológicas ainda gera muitos estudos. Merleau-Ponty (1945/2011) já refletia sobre a dificuldade de pensar tais separações, ao afirmar que, “entre o psíquico

e o fisiológico pode haver relações de troca que quase sempre impedem de definir um distúrbio mental como psíquico ou como somático” (p. 131), mantendo um posicionando ambíguo ao olhar para o entrelaçamento dessas duas dimensões.

Historicamente, no campo da saúde, houve a priorização de um olhar voltado para o corpo adoecido e seus processos de diagnóstico, em detrimento do sofrimento dos indivíduos e de suas formas particulares de adoecimento (Ferreira et al, 2014). Os diagnósticos se pautavam, e continuam sendo construídos, a partir da inadequação dos indivíduos às normas, olhando para os padrões sintomáticos a fim de reconhecer as doenças manifestadas. Tatossian (1979/2006) discutiu a importância de alcançar o fenômeno do ser doente, mas sem desconsiderar os sintomas, o que foi observado nas falas dos adolescentes que expressaram todo um mundo de significados para suas experiências. Ao tratar do corpo, Tatossian (1982/2012) distinguia o *corpo que eu sou* e o *corpo que eu tenho*. Para ele, “o corpo que eu sou e que não é mais que um comigo e o corpo que eu tenho, e que me estando disponível como instrumento e mesmo como coisa” (p. 102). Ambos mantêm sua importância na vida cotidiana, elucidando a condição de ambiguidade em que o homem vivencia seu corpo:

Um equilíbrio necessário entre *ser um corpo* e *ter um corpo* implica a possibilidade de desequilíbrios entre corpo-sujeito e corpo-objeto que marcam, com efeito, efemeramente a vida cotidiana a mais duravelmente a vida dos doentes, somáticos ou psíquicos (p. 103).

Ao refletir sobre o corpo, Merleau-Ponty (1945/2011) tratou do corpo próprio, que não pode ser objetivado, pois não se situa diante do sujeito. Na

busca de se aproximar da noção de corpo próprio, o filósofo sinalizava que se deve buscar a experiência do corpo, não apenas o pensamento sobre ele. A vontade de ter um corpo sadio ou a recusa de um corpo doente não são formuladas na ordem do “eu penso”, pois, a percepção do *meu* corpo ocorre por meio do *meu* mundo, em um movimento ambíguo que não permite cisão entre corpo e mundo.

Os adolescentes entrevistados vivenciam seus corpos de múltiplas maneiras, não expressando suas dificuldades atravessadas pelo transtorno como algo produzido de maneira alheia a eles. O corpo em si difere, assim, da ideia de somente um corpo instrumental, o corpo sendo vivido, também, como um *corpo que eu tenho*, segundo Tatossian (1982/2012). Um corpo reduzido a sintomas torna-se um corpo objeto na medida em que, mesmo existindo, não sente e não se apropria das vivências.

Uma entrevistada descreveu sua vida com TDAH, após o diagnóstico e o começo do tratamento, de maneira global, não reduzindo seu corpo a sintomas e compreendendo que não era possível estar bem em relação ao transtorno sem cuidar da sua vida como um todo:

Tudo tá mais equilibrado hoje, faculdade, o relacionamento com meu pai, relacionamento amoroso tá tranquilo, tá tudo ordenado sabe, então tá tendo menos estresse, minha cabeça tá mais tranquila, eu não to mais tao... eu não to mais triste como eu tava antes então... essa junção de fatores positivos vai formando um ambiente mais tranquilo, aí uma coisa vai facilitando a outra (Jade)

Outro entrevistado, ao falar do seu vivido com TDAH, o fez descrevendo seu corpo hiperativo, que, para ele, era experienciado em momentos em que

vivia intensamente, imprimindo muita força e raiva nas situações que lhe desagradavam, diferentemente de sentir a hiperatividade como uma constante agitação, não parar quieto, como comumente é referido (APA, 2013). A partir de sua descrição, compreendemos seu vivido como fenômeno:

Minha mãe disse que eu não tenho controle da minha força. Com meu amigo a gente estava conversando sobre coisas de futebol e fui afastar ele e acabei quebrando o dedo dele. Eu não sei da minha força... como sei que exagero as vezes eu não consigo. Eu comprovei isso um dia quando meu pai pediu para eu levar um garrafão da bodega próxima lá de casa e eu não aguentei e derrubei o garrafão. Me senti... tem uma palavra... impotente... Queria mostrar para o meu pai a minha força (Carlo)

A sensação de ter grande força caminhava ao lado de situações em que mesmo se esforçando não conseguia, naquele momento, alcançar aquilo que almejava. Isso pode acabar por construir um olhar ambíguo de si mesmo, ora se sentido forte, acreditando que era capaz de controlar as coisas ao seu redor, ora como fraco e impossibilitado de realizar algo pretendido. Seu corpo hiperativo não era vivido apenas como um movimento excessivo, pois, como afirmava Merleau-Ponty (1945/2011), “não é nunca nosso corpo objetivo que movemos, mas nosso corpo fenomenal” (p. 153). Em cada movimento, há todo um mundo de sentidos atribuídos ao contexto vivenciado.

A experiência de receber o diagnóstico de TDAH, para os entrevistados, teve a função de nomear as dificuldades sentidas. Com a identificação do transtorno, foi possível a busca por tratamento a fim de sanar os problemas por eles vividos.

Quando eu não sabia que tinha era horrível, porque, assim, eu não conseguia focar em nada, assim meus estudos era nota baixa, tipo baixíssima mesmo, eu não conseguia focar na sala de aula, sempre tinha alguma coisa que eu me distraia, eu voava (Lia)

Tiveram tantas coisas que... que poderiam ter sido os motivos pra minha desatenção que foi mais difícil ainda considerar o diagnóstico (...) Foi uma luz ... porque se tinha o diagnóstico podia ter solução e teve (Jade)

Caliman e Rodrigues (2014) consideram que chegar ao diagnóstico de TDAH pode fazer com que uma demanda de cuidado seja acolhida pelo sistema de saúde e produzir, nos indivíduos, um efeito desculpabilizante, na medida em que o adolescente tenha o reconhecimento dos comportamentos como expressões patológicas.

Houve pouca variação no processo de construção do diagnóstico de TDAH entre os entrevistados. Para a maioria, o diagnóstico foi alcançado apenas com conversa com o médico; somente duas adolescentes contaram, também, com avaliação psicológica, uma delas tendo feito o eletroencefalograma:

Ai quando eu repeti de ano eu fazia um acompanhamento escolar, que a dona era uma psicóloga, ela me indicou uma... disse para eu procurar um especialista para eu fazer os testes aí eu fui para outra psicóloga que aplicou os testes em mim e depois eu fui fazer aquele teste lá ... o encefalograma né? Depois eu fui para a médica que ela disse que eu tenho realmente TDA e aí ela me indicou para tomar Ritalina (Lia)

Quando eu ia para o médico com minha mãe eu só ia lá e não lembro, ele me perguntava eu respondia, mas não lembro mais de nada (Carlo)

Tem uma doutora que cuida de mim (...) bom, ela me passa exame ... a mamãe me deixa brincando e conversa com a doutora (Ana)

Eu soube desse transtorno ano passado quando estava no colégio militar, foi quando eu soube que tinha, foi uns exames, aí fui na médica da base e ela me passou um remédio (João)

É orientado que o processo diagnóstico seja construído a partir dos critérios do DSM 5 (APA, 2013) e de informações obtidas com a família e a escola, haja vista que o comportamento pode variar nesses dois ambientes (Peixoto & Rodrigues, 2008). Em adolescentes e adultos, principalmente, a autoavaliação é importante para que os próprios indivíduos possam avaliar suas formas de lidar com as situações vividas. Mas, requer uma investigação minuciosa por parte dos profissionais para que não sejam levados a tomar decisões baseados em discursos que podem ser tendenciosos, haja vista que os comportamentos não devem ser analisados a partir de um único discurso. Rotta (2006) coloca que

o diagnóstico é definido por dados obtidos em diversas fontes e em diferentes situações. Não pode ser feito por teste terapêutico com psicoestimulantes, pois sabe-se que mesmo crianças sem TDAH respondem a essas medicações com melhora da atenção e concentração (p. 305)

Dois adolescentes descreveram comorbidades associadas ao TDAH: depressão e tiques. O adolescente que apresentava tiques não tinha recebido qualquer diagnóstico relacionado a tais movimentos e relatou ter lembrança de sentir os tremores nas pernas e braços, antes do diagnóstico de TDAH:

Eu fico... eu fico inquieto, sabe (...) quase o tempo todo ... fico tremendo a perna, com a mão assim, essas coisas (Fred)

O adolescente que vivenciava depressão recebeu o diagnóstico de TDAH ainda na infância. Abandonou a escola este ano, depois de uma tentativa de mudança de turno para ver se conseguia melhorar seus estudos e acordar melhor para ir à escola, mas não obteve êxito, acabando por desistir de estudar. Planeja voltar à escola ano que vem, quando conseguir sair mais de casa, pois se descrevia como muito ansioso:

Não sei se tem a ver, mas eu tenho ansiedade, sou ansioso, e aí, quando fico muito ansioso, fico nervoso e, aí, eu começo a passar mal eu fico com mão gelada, vontade de desmaiar ... Às vezes, fico chorando, mas não sei se é por causa disso eu tenho ansiedade, fico passando mal (Rui)

Uma outra entrevistada, que também relatou experiência com depressão, não fazia relação entre esta expressão patológica e o TDAH. Na época da entrevista, estava bem em relação à depressão, vivenciada quando mais nova, e, nos momentos de crise, foi acompanhada de automutilações e uma tentativa de suicídio. Ela percebia esta vivência depressiva relacionada à sua história de vida, sendo anterior à sua experiência com o TDAH:

A depressão veio por volta dos 14 anos e a família descobriu mesmo porque ... no 9ª ano teve uma tentativa de suicídio descobriram isso mas não os cortes, permaneceu escondido, acho que por dois anos (...) Ai achavam que “Por causa da depressão, por causa de todos esses problemas ela não tava concentrada na escola” Claro que tinham influencia entendeu mas não sei se foram exclusivamente ... o motivo da falta de atenção nessa época não sei ... não sei (Jade)

Alcançar um diagnóstico diferencial de TDAH foi um longo processo em sua história, na medida em que outros problemas de saúde por ela vividos

possuíam traços comuns com o TDAH. O diagnóstico somente foi feito quando tinha dezessete anos e estava terminando o Ensino Médio.

A ansiedade foi uma característica bastante descrita nos relatos dos entrevistados, não como um outro diagnóstico recebido, mas enquanto uma forma que tinham de funcionar. Ao serem tomados por forte expectativa podiam se sentir paralisados, o que lhes trazia bastante sofrimento. Uma das entrevistadas relatou que tomava medicamento para ansiedade, fazendo uso para dormir.

Eu também sou muito ansioso, quando compro algo quero logo abrir eu sou muito ansioso, quando criança perdia os brinquedos já dentro do carro Nas horas..... a ansiedade é, tipo, as vezes minha mãe diz “você vai fazer isso tal hora” e eu falo não mãe, quero fazer agora (Saulo)

(...) eu não sei o que falar na hora de certa forma eu me preocupo, as vezes eu quero falar uma coisa mas minha timidez me impede mas ... eu não consigo falar (...) não é medo é mais ansiedade (Lia)

Eu tenho problema de ansiedade e achavam que minha falta de atenção era devido a isso, por que meu 3º ano foi basicamente inútil... claro, fatores externos também, não dava para focar direito, mas isso piorou muito (Jade)

Pensamos que a complexidade emocional em que vivem adolescentes com TDAH pode ser sentida como uma falta de domínio das emoções, com uma expressão exagerada, especialmente quando com raiva, com risco de manifestação de agressividade. Outras dificuldades podem ser vividas ao não conseguirem lidar bem com frustrações, com diminuída capacidade de sentirem-

se estimulados (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010). Tais sentimentos tendem a se manifestar de forma mais intensa no período da adolescência, época da vida comumente ligada a construção da autoimagem e fortalecimento de características que os individualizam perante outras pessoas.

A importância de se olhar para a experiência dos indivíduos com TDAH é fundamental, pois cada etapa da vida, assim como cada história pessoal, possui suas singularidades, que interferem na vivência dos sintomas do transtorno. Como não se fala em cura para o TDAH, essa expressão patológica acompanha uma pessoa que muda, que está em desenvolvimento, e conhecer o modo como cada adolescente pensa e sente o TDAH facilita uma maior aproximação a sua experiência vivida.

3. Dificuldades no processo de aprendizagem

A maioria dos entrevistados estava em idade escolar e relataram dificuldades para aprender os conteúdos a eles ensinados. Rotta (2006) coloca que o conceito de dificuldades de aprendizagem é bastante genérico, abrangendo um grupo de problemas capazes de alterar a aquisição de aprendizagens, independente das condições neurológicas. Já o termo transtorno, ligado a aprendizagens, deve ser reservado para dificuldades primárias, ou seja, que estão relacionadas a alterações neuroquímicas.

As dificuldades vivenciadas por indivíduos com TDAH no aprendizado de conteúdos escolares pode ser agravada por um quadro de Transtorno de Aprendizagem (TA), que é uma das mais frequentes comorbidades (Dorneles et

al., 2014) e que, segundo o DSM 5 (APA, 2013), “afeta a habilidade cerebral de perceber ou processar informação verbal ou não-verbal de forma eficiente e precisa” (p. 68). Dorneles et al. (2014) afirmam que vários modelos teóricos têm sido aceitos a fim de justificar o TA como comorbidade, sendo os mais divulgados: considerar que os dois transtornos possuem em comum déficits cognitivos; avaliar que os sintomas característicos do TDAH – hiperatividade, impulsividade e desatenção – possuem, em si mesmo, forte impacto nos processos de aprendizagem; e pensar essas comorbidades como transtornos independentes, que não exercem influência entre si.

Na nova edição do DSM (APA, 2013) uma maior aproximação tem sido realizada entre o TDAH e o TA, ao serem agrupados como perturbações no desenvolvimento neurológico. Com essa proximidade podem surgir mais investigações a respeito do impacto negativo da desatenção no desempenho acadêmico de indivíduos com TDAH (Tannock, 2013). Mesmo com a formulação de novos critérios diagnósticos para o TA, ainda há divergências quanto as relações entre TDAH e TA, existindo em comum a ideia de que chegar ao diagnóstico de TA é um difícil processo (Dorneles et al., 2014). Nessa pesquisa foi falado de dificuldades e não de transtorno, pois nenhum dos entrevistados relatou ter recebido o diagnóstico de TA.

Não conseguir sustentar a atenção foi o sintoma que mais se manifestou entre os adolescentes desta pesquisa. A atenção voluntária, ou seja, aquela para a qual direcionam a atenção a algo solicitado, como uma aula, é prejudicada em detrimento do que seria uma atenção espontânea, quando os indivíduos se

voltam para vários estímulos que lhe provocam maior interesse, acontecendo de maneira rápida, distraíndo-se com facilidade.

É meio complicado, aí eu fico olhando para a lousa, aí, às vezes, entra no ouvido e sai no outro, eu não fixo nada né Eu sinto essa dificuldade em todo canto (Fred)

Eu chegava a ler, prestava atenção no quadro, mas me sentia cansado, aí olhava para fora, para outra coisa eu me sentia melhor aí depois enjoava e olhava para outra coisa (João)

Chegou um ponto que eu não assistia mais aula, quase, que eu deitava e dormia porque eu desistia ah tipo eu não consigo estudar, eu não consigo aprender nada, aí pronto, por um bom período eu parei de tentar (...) por um bom tempo meus anos no colégio foram... inúteis, porque... as vezes eu tentava escutar o que o professor falava, mas... quando começou a piorar a Misofonia¹ aí... tinha dia que eu não ficava nem dentro da sala, ficava fora ou andando pelo colégio (Jade)

A escola é um espaço importante de ser olhado quando se busca melhoras clínicas de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH (Rangel Junior & Loos, 2011; Peixoto & Rodrigues, 2008), visto que é comumente a partir da observação de dificuldades escolares, seja no aprendizado ou nos relacionamentos sociais, que surge a suspeita desse transtorno. A maioria dos encaminhamentos com suspeita de TDAH aos serviços de saúde é feita por profissionais da escola e a dificuldade em sustentar a atenção é descrita, na maioria das queixas, com base em atividades acadêmicas (Gomes et al., 2007).

¹ Misofonia: Transtorno neurológico também conhecido por Síndrome da sensibilidade seletiva aos sons, tem por característica a alta irritabilidade a determinados sons.

Considerar o espaço educacional é fundamental quando se acompanha indivíduos em idade escolar que receberam o diagnóstico de TDAH. As informações obtidas junto aos professores ajudam na compreensão dos comportamentos em diferentes contextos, buscando conhecer seus interesses, habilidades e autonomia, entre outros (Peixoto & Rodrigues, 2008).

A dificuldade em sustentar a atenção nos conteúdos escolares se manifestava de modo relativo nas experiências dos entrevistados, pois dependia do maior ou menor interesse que os adolescentes tinham pelo que estava sendo trabalhado em sala de aula. Essa característica é comumente vivenciada pelas pessoas, de obter mais facilidade em fazer aquilo que se gosta, mas parece ser mais intensamente vivida em indivíduos com TDAH.

Só na escola mesmo, as vezes eu fico distraído um pouco, eu fico ali brincando não sei ... é que sento atrás dos meus amigos, converso e aí depois eu vejo que tem que prestar atenção. Se a aula tem 50 minutos eu consigo prestar atenção uns 20 minutos na aula de matemática, é a matéria que menos gosto. Na aula de ciências (que é a disciplina que mais gosta) presto atenção todo o tempo de aula (Saulo)

Um dos entrevistados relatou que não tinha muitas dificuldades na escola, pouco estudava, mas, por não querer ficar de recuperação se esforçava antes das provas. Tinha o predomínio de um funcionamento hiperativo, o que pode provocar menos efeitos negativos no rendimento acadêmico e mais problemas relacionados a aspectos comportamentais (Dorneles et al., 2014). Nas atividades escolares, sua hiperatividade se manifestava mais na escrita pouco compreensível para os professores, pois ele dizia entender o que escrevia, e na

rapidez que dizia fazer suas provas e tarefas de casa, estas comumente sendo respondidas nos minutos que antecedia as aulas.

Eu assisto a aula, porque geralmente o professor anota na lousa e eu resumo os pontos que o professor explicou. No final da prova eu sou o primeiro a terminar. Meu maior problema é redação e literatura. Literatura porque eu não leio o livro e redação porque minha letra ainda é muito ruim (...) o professor diminui a nota para me fazer melhorar a letra - E isso te estimula a fazer melhor? – Sim, porque senão eu vou ficar de recuperação e aí não vou poder usar o computador. Fiquei de recuperação na 3ª série, aí fiz aula extra e acabei percebendo ... não vou, não posso tirar nota baixa e aí vi que não compensa (Carlo)

Este entrevistado descreveu que, ao ter vivenciado dificuldades de organizar seus estudos no passado, o que resultou em uma recuperação, conseguia, no seu momento atual, priorizar os estudos, ao menos no período que antecedia as provas. A presença do TDAH pode atuar intensificando prejuízos educacionais para os indivíduos (Oliveira & Dias, 2015), tendo o risco de dificuldades escolares aumentado de duas a três vezes em comparação com crianças sem TDAH (Dorneles et al., 2014), mas que, como pode ser percebido no relato anterior, é uma condição que precisa ser relativizada de acordo com cada história de vida.

A entrada na universidade de indivíduos com TDAH pode funcionar minimizando a percepção que os adolescentes possuem das dificuldades por eles vivenciadas (Oliveira & Dias, 2015). Pensamos que, como descrito pelos entrevistados, devido a grande presença de dificuldades para acompanhar os conteúdos escolares, talvez sejam apenas os indivíduos com vivências menos graves do TDAH que consigam alcançar o ensino universitário:

Na faculdade, é bem tranquilo porque eu to aprendendo o que eu gosto né, assim eu pelo menos planejo ser uma grande roteirista, assim, as aulas, pelo menos aqui são bem tranquilas, em relação aos do Ensino Médio...o pessoal é mais cabeça sabe você tá falando com pessoas que de certo modo te entendem, que gostam dos mesmos gostos que você e você se identifica sabe, isso foi uma coisa muito maravilhosa pra mim porque eu tava com medo de acontecer as mesmas coisas que acontecia no Ensino Médio, de me sentir excluída (Lia)

(...) a idade tem muita influência, a pessoa vai amadurecendo com o tempo, então eu noto essa diferença porque me lembrando de tudo que aconteceu eu tinha uma cabeça, mas muito, muito diferente da que eu tenho hoje, eu pensava de uma forma diferente (...) eu não conseguia visualizar um futuro pra mim, eu não via ... eu não conseguia me visualizar fazendo nada, eu não tinha nenhuma meta e hoje eu tenho e isso é uma das maiores diferenças (Jade)

O espaço escolar, comumente tão importante na vida dos adolescentes, principalmente pelos relacionamentos sociais, pode acabar por ser um ambiente fomentador de bastante sofrimento para os jovens com TDAH. A dificuldade em alcançar um bom desempenho acadêmico, somado aos problemas de relacionamentos, são situações vividas mais frequentemente em comparação com jovens que não apresentam TDAH, levando ao sentimento de baixa autoestima e diminuição de respeito entre os pares (Rangel Junior & Loos, 2011).

Na época do Ensino Médio o pessoal da minha sala, no meio da aula mesmo, o professor fazia uma pergunta e aí aquela coisa você queria saber responder a pergunta, mesmo que, eu sou tímida, mesmo que você não fale em voz alta mas você sabe a resposta aí o pessoal sabia e você

não sabia aí fica aquela coisa tipo ah... você se sente meio por trás sabe, das coisas (Lia)

Eu tento ir (para a escola) mas tem hora que não dá, não dá de jeito nenhum (...) eu sinto uma falta de vontade assim extrema (Fred)

Eu queria passar de ano, mas era aquela coisa tipo eu tentava aí tirava nota baixa e ficava com a autoestima lá em baixo e aí quando eu fazia outra prova eu ficava nã! Pra que estudar se eu vou tirar nota baixa mesmo aí... era um pouco complicado (Lia)

A experiência acerca do ambiente escolar, descritos pelos adolescentes entrevistados, mostra o quanto este espaço era sentido, em algumas situações, com bastante sofrimento, principalmente nas dificuldades de aprendizado e nos relacionamentos com colegas. Segundo Boo e Prins (2007), as dificuldades na interação social, vividas por adolescentes com TDAH, são comumente caracterizadas por mudanças frequentes nas conversas, não conseguir ouvir os outros, iniciar diálogos em momentos inadequados e, freqüentemente, interromper quando outros estão falando.

Eu via o pessoal lá conversando e aí as vezes eu prestava atenção, assim eu posso ser silenciosa, mas eu sou também muito observadora só que as vezes quando eu não prestava muita atenção eu perdia as coisas (...) eu queria tá ali escutando o pessoal mas eu notava que eu voava aí eu ficava valha meu deus! aí eu voltava mas aí eu já tinha perdido alguma coisa (Lia)

Os entrevistados pouco relataram sobre os profissionais da escola, foi afirmado que imaginavam que eles sabiam do diagnóstico de TDAH que

possuíam, mas não aconteciam muitas conversas a respeito disso. Quando se percebiam ajudados relatavam que se sentiam melhor

A coordenação sabia porque minha terapeuta disse que mandou um laudo dizendo que eu tinha isso e que eu tinha que sentar na frente logo na primeira fileira e que os professores tinham que ter mais atenção em mim (...) o fato de chamar a atenção eles não chamavam, tipo, eles davam aula e tinha horas que eles davam umas olhadas, assim de me encarar quando iam falar alguma coisa importante da matéria, aí olhavam pra mim, me explicavam pra que realmente eu prestasse atenção (...) era bem útil porque era como se tivesse dando aula só para mim ... acaba facilitando (Lia)

Eu tenho procurando ir para as aulas de reforço que eles dão, vou para o apoio pedagógico que tem a tarde (...) eu estou indo para as aulas deles, para o apoio os que tem mais dificuldade (...) Eu acho normal, tem muita gente do 8º ano, tem muita gente que vai, tem muito amigo meu que vai também. Todo mundo tem alguma dificuldade né (Saulo)

O espaço educacional é um lugar, por excelência, voltado para desenvolver as competências e conhecimentos dos aprendentes. Pensa-se que a manifestação de dificuldades de aprendizado reporta a temáticas como o processo de ensino-aprendizagem, a relação professor-aluno, a didática dos docentes, as dificuldades vividas pelos alunos, o contexto escolar, os modos de viver na contemporaneidade, entre outros, que coexistem em cada experiência descrita nessa pesquisa (Garrido & Moysés, 2011).

O sintoma da desatenção parece ter mais chances de ligação com a manifestação de dificuldades nos estudos, visto que é condição na formação de aprendizagens conseguir selecionar estímulos adequados (Peixoto & Rodrigues, 2008). O adolescente que possui maior dificuldade em se manter atento ao que

é pedido acaba por ter mais chances de passar despercebido em comparação com os jovens mais agitados e que tendem a participar mais.

Em se tratando de adolescentes com TDAH, o diagnóstico não pode ter como função, simplesmente, explicar as dificuldades vividas por esses indivíduos. Buscando compreender seus modos de funcionamento há maior possibilidade de proporcionar atividades e vivências que venham a facilitar seus processos de aprendizagens.

4. Medicação

O tratamento farmacológico foi realizado em algum momento da vida dos adolescentes entrevistados, de forma isolada ou combinada com psicoterapia, o que levou a nomeação desta categoria, especificamente, por *medicação*, e não, por *tratamento*, pois houve a experiência majoritária dos entrevistados com o uso de remédios. Os sujeitos colaboradores apontaram espontaneamente a questão da medicação em suas vidas e a Ritalina foi a medicação mais prescrita entre os participantes, apenas uma entrevistada afirmou que tomava o medicamento Concerta.

Eu tomo Concerta, eu tomava Ritalina, mas era pouco tempo, eu precisava mais, que durasse mais, o Concerta dura 12 horas (Jade)

Houve diversidade quanto as falas sobre a relação que mantinham com o remédio: ora enfatizavam que a medicação foi a responsável pela diminuição dos sintomas, ora diziam não sentir diferença quanto ao seu uso:

É chato tomar o remédio, minha mãe fica mandando e aí a pessoa aqui é teimosa, tenho preguiça. Tomo 4 mg, tomo assim que eu acordo, se minha mãe não mandar eu esqueço... Toda semana tem algum dia que não tomo. Acho que se não tomasse acho que a dificuldade aumentaria né (Fred)

Tem um remédio que tenho que tomar toda noite que é para a raiva, mas mesmo eu não tomando o remédio eu já consigo me controlar - Você conversa sobre isso com sua família, de achar que não precisa mais do remédio? - Em algum momento acho que ele ainda vai servir - Em que momento? - Talvez se tiver algum momento na família, eu acabar me irritando demais, ter raiva, ele vai me ajudar a controlar. O remédio vai me fazer dormir, tomo e vou dormir – E como você acorda? - Eu acordo comum (Carlo)

É chato né... ficar tomando remédio. Às vezes eu esqueço aí minha vó vai lá na escola me dar o remédio (...) e eu tenho remédio dentro da minha bolsa, aí quando eu esqueço eu vou lá na coordenação e digo, aí minha mãe pede pra eu tomar lá, aí eu tomo (Ana)

Fui melhorando um pouco e agora eu sentir melhora desde que comecei a tomar a Ritalina... Eu sinto que melhorei, agora eu to conseguindo prestar mais atenção na aula, antes eu pegava borracha e lápis e começava a brincar, agora eu to melhor ainda não é 100% mas ta melhor (Saulo)

É tão impressionante que hoje eu assisto aula e lembro do que o professor fala ... não tinha nem perigo de eu fazer isso antes (...) eu nunca conseguir escutar o que o professor tava falando e anotar (...) eu não me sinto aquela coisa de tu não faz porque você não quer (Jade)

Diferentes significados foram atribuídos ao uso da medicação. Alguns entrevistados descreveram incômodo por terem que tomar um remédio, relatando preguiça ou por não sentirem seus efeitos benéficos. Um dos adolescentes descreveu que “se sentia um velho” por precisar tomar diariamente um remédio, o que nos leva a pensar que, talvez, ele associe o uso contínuo da medicação a uma fase da vida mais debilitada e que o remédio revelaria uma condição de vida enferma.

Eu lembro que quando tomava Ritalina eu ficava muito quieto, não fazia nada (...) Sinto como uma coisa chata, é uma coisa que atrapalha tudo. É normal do jeito que vivo, é normal, mas não gosto de tomar remédio, me sinto um velho tomando remédio (...) Quando eu tomava eu começava a passar mal, com a mão gelada minha mãe achava que a dose estava forte ai parou (Rui)

Foi destacada, também, a importância da medicação na concentração nos estudos e consequente melhora no rendimento das provas. Não apareceu nas falas dos entrevistados desconforto por tomarem, especificamente, um medicamento psiquiátrico. Metade dos jovens entrevistados administravam as tomadas do medicamento, para o restante tal responsabilidade ficava na incumbência dos pais.

Se eu não tomar não presto atenção (...) Eu tomo uma hora de começar a escola e uma hora antes de começar o reforço (...) De manhã eu tomo uma e meia e de tarde eu tomo uma (...) Eu já pego, só que minha mãe corta o remédio de manhã que é pra mim não cortar errado (...) Minha mãe me deixa de castigo (Quando esquece de tomar) ela me deixa sem tv (...) às vezes é sem celular, as vezes é sem tv, só que as vezes é sem os dois (Ana)

Um dos adolescentes descreveu um contato esporádico com a medicação, somente fazendo uso quando achava que precisava:

Eu sentia que não precisava mais, aí tomava quando achava que precisava. Tomava na segunda, tipo, nos dias mais importantes, nos dias que tinha as matérias mais importantes e que eu não gostava muito, aí eu tomava (João)

Nos casos em que o medicamento é tomado apenas em algumas circunstâncias pode ocorrer pouca identificação com o transtorno, sendo percebido pelos sujeitos que o remédio atua em necessidades pontuais (Caliman & Rodrigues, 2014). O ato de tomar a medicação sem um acompanhamento para uma progressiva descontinuidade pode gerar malefícios, provocando em algumas situações até um mal-estar maior para os indivíduos.

Eu tomava o remédio, começava a me concentrar e aí fui me acostumando do jeito que eu ficava e aí as preguiças né, dava umas preguiças, mas antes das provas eu estudava (João)

O tratamento medicamentoso, quando bem prescrito, é um aliado importante na diminuição dos sintomas apresentados. Parece existir maior aceitação a medicamentos psiquiátricos por parte das famílias dos adolescentes entrevistados, na medida em que procuraram um médico e ministraram medicamento a seus filhos, acreditando que com isso eles se sentiriam melhores. O predomínio da medicação em todas as falas dos adolescentes, na maioria das vezes como única intervenção de tratamento, leva a pensar que o remédio é visto como uma solução rápida para as dificuldades vivenciadas.

Outras formas de acompanhamento descritas pelos entrevistados foram a psicoterapia e o reforço escolar.

Pensar o sofrimento humano apenas através de uma abordagem biológica ou psicológica talvez venha a limitar o alcance de cuidado com os adolescentes diagnosticados, levando-os a acreditar que somente o medicamento eliminará seu sofrimento. Retoma-se a discussão feita por Tatossian (1979/2006) acerca do sintoma e fenômeno, ao observar que ainda há restrição aos sintomas, na medida em que pouco era explorado os sentidos que os adolescentes atribuíam a sua experiência, levando a um diagnóstico rápido e, na maioria das vezes, com o olhar de apenas um profissional. Mesmo com uma sintomatologia semelhante, cada adolescente entrevistado possuía sua singularidade, o que demanda estratégias de cuidado distintas.

Um entrevistado relatou que, segundo seu pai, achava que não tinha TDAH, pois tomou a medicação por um curto período de tempo, tendo ficado bem após essa parada. É importante que o medicamento não seja descontextualizado da experiência dos indivíduos, não se restringindo a uma demanda situacional da queixa apresentada (Caliman & Rodrigues, 2014), exigindo acompanhamento e diferentes olhares de profissionais. Outra adolescente entrevistada relatou que não fazia mais uso do remédio, a médica afirmou que como estava bem poderia suspender o consumo:

Tipo, eu fui lá na terapeuta ela me perguntou como eu estava e eu disse acho que não estou mais precisando da medicação, e ela falou tá bom, você está bem – O que te fez achar que não precisava mais da medicação? – Eu já conseguia focar mais nas coisas sem precisar ficar

tomando a Ritalina (...) eu não tenho mais essa facilidade de ta me distraíndo com as coisas, eu to mais centrada (Lia)

A parada na medicação, como feita por alguns sujeitos entrevistados, não se manifestou como um ato isolado, outras mudanças significativas estavam acontecendo na vida dos adolescentes, como troca de escola e entrada na universidade. Oliveira e Dias (2015) apontam que os sintomas podem assumir formas diferentes de acordo com o período de vida dos indivíduos, com probabilidade de serem minimizados quando se encontram em um ambiente novo ou estão envolvidos em atividades que lhe sejam mais atrativas. Há possibilidade de mudança nos sintomas com a entrada na adolescência e início da vida adulta, com diminuição da hiperatividade, tornando-se mais comum a distração e uma inquietação subjetiva, com uma necessidade de estar ocupado o tempo todo (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010).

Eu ainda tenho dificuldade de ficar parada fazendo uma coisa só, não, eu fico quieta, mas ... se eu for assisti um seriado eu fico também no celular ou se eu tiver desenhando alguma outra coisa (Jade)

Eu penso, às vezes, em várias coisas ao mesmo tempo, em algumas situações as vezes quando deito na cama eu fico pensando como vai ser no outro dia (Saulo)

Ao falarem dos seus sintomas, atrelados à medicação que tomavam, dois adolescentes descreveram que percebiam semelhanças entre suas características e algumas observadas ou relatadas por seus pais:

Meu pai é esquecido e eu também sou muito esquecido, e.... , derruba muita coisa na cozinha e, são duas coisas que eu me identifico muito com meu pai, o jeito de falar também é muito parecido (...) Ele diz que tinha

um pouco de hiperatividade quando ele era criança. Quando pequeno eu era bem mais agitado, corria pela casa, chutava bola pela casa, eu era bem agitado quando completei 12 anos isso começou a mudar eu passei a ser menos agitado e.. e... só isso, eu passei a ser bem menos agitado (Saulo)

Meu pai ele sempre fala que eu sou muito parecido com ele, do jeito calado, tímido até mesmo na questão da concentração também, quando eu tomava Ritalina ele tomava comigo porque ele estava estudando para concurso, na época, pra entrar em uma como é que é o nome ... residência, ai hoje ele ta fazendo essa residência (...) Ele não recebeu o diagnostico mas ele sabia que tinha porque quando a gente pesquisava ele se identificava (...) Mas ele tomou somente para estudar para essa residência (Lia)

Fazer uso de medicamentos psicoestimulantes, como a Ritalina, com a finalidade de conseguir estudar melhor tem recebido a denominação de otimização cognitiva (Barros & Ortega, 2011). Muitos estudantes de vestibulares e concursos tem feito uso dessa medicação, sem prescrição médica, com a promessa de aumentar a capacidade de concentração, o que aconteceria ao elevar os níveis de alerta do Sistema Nervoso Central, com uma maior produção de neurotransmissores, como a dopamina e noradrenalina. Os perigos desse uso são incalculáveis, principalmente em indivíduos que não tenham indicação para essa medicação, na medida em que os efeitos a longo prazo ainda não são claramente conhecidos (Barros & Ortega, 2011; Caliman, 2008).

O medicamento tem ocupado um lugar de destaque na sociedade, tanto na busca por resolver situações que trazem sofrimento para a vida dos indivíduos, quanto a fim de turbinar a performance individual diante de demandas de trabalho ou estudo, visando atender expectativas sociais (Caliman &

Rodrigues, 2014). Uma das adolescentes entrevistadas demonstrou ter uma visão crítica quanto ao uso do medicamento, situando-o como um dos elementos que ajudavam a viver melhor, mas, compreendia que ele sozinho não tinha o poder de mudar o que lhe trazia sofrimento:

Eu acho que só um medicamento não resolve as coisas, tudo tem que ter alguma influência (...) em outro tempo eu não estava lidando com as coisas do jeito que eu lido hoje ... então poderia ter se tornado uma coisa completamente diferente (Jade)

Portanto, o TDAH deve ser considerado um fenômeno multifacetado, em que interferem, além de fatores genéticos, aspectos emocionais, educacionais, familiares, entre outros. Qualquer terapêutica não pode reduzir os indivíduos a uma única dimensão, sob o risco de limitar o alcance de ajuda daqueles que procuram atendimento.

5. Relacionamentos interpessoais

A descrição dos relacionamentos com familiares e amigos apareceu em todas as entrevistas realizadas, o que faz pensar o quanto o apoio social, ou a falta deste, interfere no tratamento do TDAH. Os adolescentes dessa pesquisa se referiam, no contato com os outros, como tímidos, mais isolados, alguns pouco saindo de casa, enquanto outros eram mais expansivos, tinham vários amigos, principalmente no espaço escolar. Não se pode reduzir a complexidade dos relacionamentos de cada adolescente ao diagnóstico do TDAH, mas, nesta categoria, foi aprofundado o mundo social vivido por cada sujeito colaborador,

assim como o modo que se relacionam consigo mesmo a partir de suas características.

Partindo de um olhar fenomenológico, a dimensão da intersubjetividade se apresenta como fundamental para compreender o vivido de adolescentes com TDAH, na medida em que toda subjetividade somente é constituída na intersubjetividade (Tatossian, 1979/2006). O contato com o outro foi olhado nessa pesquisa em seus múltiplos contornos, abolindo a cisão entre o adolescente e seu mundo. O TDAH é uma expressão do vivido do adolescente, mas também uma expressão do mundo, pois, sendo o homem um ser social, se manifesta a partir das relações.

Tatossian (1979/2006) destacava o conceito de *afetividade-contato* de Minkowski, ao colocá-lo como categoria fundamental do vivido, sendo “próprio à esfera das relações humanas e do encontro” (p. 59), se aproximando do sentir e do viver. As relações com o outro atravessa uma esfera vital da presença humana, formando uma totalidade constitutiva da própria vida.

Nas entrevistas realizadas, a família foi descrita como importante para a superação das dificuldades, mas também como fonte de estresse quando pressionavam por melhor rendimento nos estudos. Segundo Oliveira e Dias (2015), os pais são uma importante fonte de suporte para as necessidades, tanto emocionais quanto acadêmicas, de indivíduos com TDAH.

Com ela (mãe) é confiança, é pura confiança (Carlo)

Minha mãe e todo mundo sempre que achava que meio que Ah tua desatenção é falta de interesse (Jade)

Eu me sinto mais tranquilo... porque eu tive o apoio dos meus pais, eu soube disso desde muito cedo, de eu ter começado a tomar o remédio cedo, acho que isso ajudou (Saulo)

Assim, eu me sentia pressionada (pelo pais) mas, pelo menos, eles sabem do meu problema e eles viam meu esforço sabe, viam que eu tava tentando, principalmente quando eu fui diagnosticada, porque antes meu pai ficava irado quando eu tirava nota baixa e depois que eu fui diagnosticada eles ficaram meio assim... (silencio) aceitaram, aceitaram melhor (Lia)

Foi variável, entre os entrevistados, o ato de compartilhar com pessoas próximas a informação de que tinham TDAH. Alguns falavam de seu diagnóstico com amigos, enquanto outros, nada comentavam, às vezes por orientação da própria família:

Eu tomava remédio sem os outros saber. Meu pai disse pra eu não falar ... Para eu não ter problema, os outros achar uma coisa diferente, pensar errado, pensar que é uma coisa séria, que não era uma coisa normal (João)

Eu contei normal, falei “gente eu tenho dificuldade de aprendizagem e é isso, por isso eu tiro tanta nota baixa” e o pessoal falou tá! Eu disse que por isso eu sou tão voada nas nuvens (Lia)

Acho que elas iam rir de mim, sei lá... sei não, acho que elas iam me achar estranha (Ana)

As pessoas não sabiam que tinha esse diagnóstico. Eu não quis falar, ficava na minha. Alguns professores, né, sabiam mas acho que eles não comentavam. Eu achava que se eu contasse eles podiam rir de mim, achando que era uma coisa anormal, acho que era isso mesmo, tinha

medo. No atual colégio já contei para alguns colegas e eles compreenderam sim, normal (Saulo)

O sentimento de medo de ser considerado diferente ou anormal surgiu na experiência dos entrevistados quando colocavam que não falavam do TDAH com seus pares. Sabe-se o quanto a autoestima pode ficar abalada com um diagnóstico, e mais ainda nos anos da adolescência em que há a construção e fortalecimento da autoimagem, tanto física quanto emocional. A autoestima é comumente afetada em adolescentes com TDAH, englobando prejuízos na autoconfiança, autoimagem, podendo gerar uma autodepreciação, o que interfere em seus relacionamentos (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010).

Assim ... ainda tem a questão social que eu tenho que estabilizar, assim, ser mais sociável ... bem, assim, até certo ponto não me incomoda, mas eu gostaria de ser mais sociável ... sabe aquela questão de não me sentir só, bem eu sei que tenho amigos, assim eu não vou ter eles pra sempre (Lia)

Tem escola que eu demoro para me adaptar, outras menos. No colégio atual foi mais difícil se adaptar, eu me sentia excluído. Eu me sentia inferior aos outros, porque, assim, toda escola tem os seus grupinhos, eu ia para um grupinho aí não adaptava, ia para o outro e não me adaptava. Agora que entrei em um que estou achando bem legal (Saulo)

Não interfere nada (Ele saber que as pessoas sabem que ele tem TDAH). Eu disse uma vez pro meu professor aí ele me disse que também tinha e eu fiquei Ohhh!! (...) Que bom saber que até um professor pode ter (Fred)

O relato deste entrevistado demonstra sua surpresa ao saber que um professor poderia ter também TDAH, talvez por associar este transtorno a muitas

dificuldades de aprendizado, como as por ele vividas. Em sua história de vida, há histórico de reprovação e constantes faltas às aulas, demonstrando pouco vínculo com o espaço escolar, mas, parece que saber que seu professor tinha esse diagnóstico fez com que se sentisse um pouco mais próximo dele. Outra entrevistada relatou que, hoje, é ela quem ajuda os colegas na faculdade e que isto fortaleceu muito sua autoestima:

Hoje eu ter a capacidade de explicar para alguém, coisa que antes eu não conseguia de jeito nenhum, dá segurança demais (Jade)

Ao descreverem a relação com os profissionais da escola, a maioria dos entrevistados considerava que eles tinham conhecimento do seu diagnóstico, mas não havia muitas conversas a respeito disso:

Eu acho que os professores, muitos, eles não queriam reprovar ninguém, acho que eles reprovavam mais, realmente, aquelas pessoas que não queriam nada com nada e além de tudo atrapalhavam o resto (..) eu acho que eles tinham um conselho e esse conselho decidia se eu passava de ano ou não (Jade)

Assim, eu acho que eles sabiam (...) eles davam aula e tinha horas que eles davam umas olhadas (Lia)

Compreendemos que as relações sociais também envolvem o modo como os entrevistados se relacionam consigo mesmo, como se percebem para além dos sintomas atribuídos ao TDAH. Ao falarem de si, houve a fala de sentirem dificuldades em lidarem com as pessoas, fossem as mais próximas ou as desconhecidas.

Eu sou uma pessoa um pouco fechada, tímida e ainda não consigo conviver em grupo, tá lá um grupo de pessoas, o pessoal falando, eu só fico quieta observando. Eu andava com eles, mas ... Pra não ficar sozinha, eu ficava com as pessoas (Lia)

Aqui, pode notar eu não consigo olhar fixamente pra ti direto, olho pra lá, pra lá (...) Eu tento olhar pro olho da pessoa (...) Eu me sinto muito tímido, (...) tímido eu sempre fui mas de um tempo para cá eu sou mais (Fred)

Crianças e adolescentes com TDAH podem viver dificuldades em suas interações sociais, levando-as, por vezes, ao isolamento pelo medo da rejeição de colegas (Boo & Prins, 2007). Ao se perceberem tímidos, os entrevistados colocavam que queriam mudar esse jeito de ser. Apesar de não assumirem que isso lhe trazia grande mal-estar, acreditavam que essa mudança facilitaria seus relacionamentos.

Eu tenho quase certeza que as pessoas me acham estranha eles me falam, você é muito quieta, muito tímida, deveria participar mais das conversas não me incomoda muito, mas assim, queria está mais inclusa nas coisas (Lia)

Ainda sou bem dependente de várias pessoas, principalmente em questão da vergonha. Ou até.... deu branco... há lembrei! Eu sou muito medroso, tenho medo de ser assaltado, de me perder. Prefiro sair com um adulto, com alguém responsável (Fred)

Pensamos o quão complexo são as relações interpessoais, principalmente no período da adolescência, em que ser aceito por um grupo de amigos alcança grande importância social (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010). As dificuldades sociais de adolescentes com TDAH podem não ser totalmente

compreendidas como o resultado de uma falta de habilidades sociais, que incluiria falas impulsivas e irrefletidas (Boo & Prins, 2007), mas precisam ser contextualizadas com cada história de vida, que pode estar sendo atravessada por uma ampla variedade de complicações emocionais, sociais, de aprendizado, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conhecimentos sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) não se constituem universais, haja vista que cada vivência é experienciada de modo singular, estando atravessada pelo mundo de significados que cerca cada adoecimento. Nesta pesquisa, foi tomada a existência da experiência de adolescentes diagnosticados com TDAH, mas pensando esta realidade como multidisciplinar, o que requer diversos olhares para ser compreendida em toda a sua complexidade.

O TDAH não se relaciona com processos exclusivamente individuais, mas encontra sustentação no campo social para sua manifestação. Os indivíduos possuem diferentes características e necessidades, e a cultura de que fazem parte, juntamente com seus relacionamentos interpessoais, pode funcionar como potencializadores dessas expressões. Buscou-se alcançar o fenômeno da experiência dos adolescentes entrevistados, sem descartar os sintomas por eles sentidos, procurando se aproximar da existência dos indivíduos, que engloba uma realidade além da patologia.

Sendo a relação do sujeito com o mundo mediada pelo corpóreo, no TDAH, o corpo não pode ser reduzido a um objeto biológico, pois não é vivido como composto por partes separadas. A ação, seja ela predominantemente impulsiva, desatenta ou hiperativa, foi experienciada como global pelos adolescentes entrevistados.

Nesta pesquisa, foram entrevistados oito adolescentes que tinham recebido, em algum momento de suas vidas, o diagnóstico de TDAH. A maioria apresentava dificuldades em sustentar a atenção, predominantemente nas atividades escolares. A hiperatividade foi descrita como uma vivência em que o mundo era sentido como mais lento, o que podia levá-los a momentos em que se precipitavam nas ações e produziam pensamentos soltos, sem muita conexão entre si. Relataram que se sentiam pessoas normais, mas que possuíam TDAH, sendo algo que os diferenciava dos demais. A concepção de normalidade foi descrita como algo relativo, já que tendia a se alterar de acordo com a forma que se relacionavam com as pessoas e como estas lidavam com suas dificuldades.

Talvez por terem recebido um diagnóstico médico ainda novos, os adolescentes entrevistados não demonstraram se sentir muito impactados com o diagnóstico de TDAH, preocupação mais recorrente de seus pais, ao lhes orientarem, por vezes, a não comentar com outras pessoas que possuíam o transtorno. O espaço educacional, majoritariamente, foi descrito como o ambiente no qual sentiam maior dificuldade, tanto nos momentos de aprendizagem quanto nos relacionamentos sociais. Todos os adolescentes entrevistados relataram experiências de ficarem de recuperação e cinco entrevistados reprovaram um ou mais anos na escola. Essas experiências apontam o quanto a forte presença de dificuldade no aprendizado de conteúdos escolares pode acarretar prejuízos acadêmicos aos adolescentes no presente e, talvez, dificuldades posteriores de inserção no mercado de trabalho.

A forma de tratamento predominante foi com o uso de psicoestimulantes, em que houve distintos discursos, uns atribuindo à medicação melhora em seus

sintomas, enquanto outros descreviam que não sentiam muita diferença no uso dos remédios. A maioria colocou que já tinha ido ao psicólogo, mas, no momento da entrevista, apenas dois entrevistados contavam com esse acompanhamento. Uma entrevistada colocou que também ia para a psicopedagoga, enquanto outros cinco contavam com reforço escolar. Questiona-se a pouca continuidade relatada no acompanhamento psicológico, pensando que por ser uma terapêutica que não traga resultados imediatos, acabe sendo colocando em segundo plano, em detrimento da medicação e da busca por melhoras nos estudos.

Por se constituírem por características em si não patológicas, os sintomas próprios do TDAH – desatenção, impulsividade e hiperatividade - podem provocar uma sensação de identificação nas pessoas, levando a questionamentos acerca da vivência do transtorno. É tênue a linha que separa o que seria um comportamento patológico, atrelado ao TDAH, de uma existência de se sentir incapaz e limitado em realizar determinadas atividades ou lidar com algumas situações, gerando muito sofrimento e angústia. Tais dificuldades podem ser especialmente difíceis no período da adolescência, por ser uma época da vida em que há a construção de *quem eu sou*, em um processo de busca por definição dos próprios valores e comportamentos que os diferenciem ou os aproximem dos demais.

A delimitação da fronteira diagnóstica entre o considerado normal e o TDAH, por se constituir ainda como um grande desafio, merece maiores discussões a fim de aperfeiçoar o processo diagnóstico e possibilitar encaminhamentos de cuidados as pessoas que sofrem, diferenciando o que

seria um sofrimento “comum” à vida de uma experiência patológica. Uma compreensão fenomenológica se constitui como um caminho que através da descrição dos fenômenos busca se aproximar da experiência dos sujeitos. Nesta pesquisa, a perspectiva da Psicopatologia fenomenológica possibilitou olhar para a interseção entre teoria e prática, considerando os conhecimentos já construídos acerca do TDAH com a singularidade da experiência dos adolescentes entrevistados. Considerar o campo da intersubjetividade é reconhecer que não há um indivíduo que exista em si mesmo, não existindo, conseqüentemente, o TDAH puro e isolado do mundo. Toda subjetividade é sempre intersubjetividade, sinalizando a necessidade de se voltar para a experiência e considerar o mundo vivido dos sujeitos.

Com esta pesquisa, observou-se que os adolescentes entrevistados demonstraram problemas com a autoestima, o que acabava por intensificar uma certa insegurança pessoal, principalmente em atividades no tocante aos estudos e aos relacionamentos sociais. Foi marcante a presença de uma instabilidade em manter a atenção, pois esta se apresentava fluida. Os sujeitos colaboradores descreveram que, com frequência, mudavam de uma atividade ainda inacabada para outra, e com isso, precisavam de grande esforço para se manterem fazendo algo durante um determinado tempo.

Houve maior presença de adolescentes do sexo masculino nas entrevistas realizadas. A questão de gênero merece uma discussão mais aprofundada, pois há o questionamento se de fato o TDAH é mais presente em meninos ou se há subdiagnóstico nas meninas, visto que estas apresentam menos sintomas de hiperatividade e tendem a receber o diagnóstico com mais

idade. Nenhuma das meninas entrevistadas nesta pesquisa relataram comportamentos hiperativos e a maioria dentre elas recebeu o diagnóstico mais tarde, quando comparado com os meninos entrevistados.

A singularidade de cada adolescente deve ser considerada, pois mesmo que manifestem transtornos e sintomas semelhantes, demandam olhares e estratégias de cuidado distintas. Isto inclui as diferenças de gênero, pois estando esses sujeitos situados no mundo, a maneira como a cultura constitui como meninos e meninas são tratados é diferente e produz impactos distintos em cada história de vida.

Observou-se que a construção de um entendimento sobre o TDAH e uma expansão da compreensão do próprio vivido foi importante para os adolescentes, na medida em que favorecia uma mudança de perspectiva que saia do enfoque da doença para olhar as potencialidades individuais.

A condição de viver uma existência patológica nunca pode ser uma primeira opção diante daquilo que acarreta sofrimento ou na presença de situações vividas como limitantes pelos indivíduos. Devido a crescente expansão de diagnósticos de TDAH, o modo de funcionamento dos indivíduos que vivem essa expressão patológica continua por merecer uma reflexão ampla e aprofundada, principalmente no campo da Psicopatologia fenomenológica.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de filosofia*. (A. Bosi, Trad., 5a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, Campinas: 13(1), 5-10.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, Campinas: 26(1), 93-100.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-II. Recuperado em 01 de dezembro, 2015 <<http://pt.scribd.com/doc/14532307/dsmii>>
- American Psychiatric Association (APA). (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª ed. rev. DSM-III-R. Recuperado em 01 de dezembro, 2015 <<http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iii-r.pdf>>
- American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. DSM-IV. Recuperado em 01 de dezembro, 2015 <<http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iv>>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Antony, S. & Ribeiro, J. P. (2005). Hiperatividade: doença ou essência um enfoque da gestalt-terapia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: 25(2), 186-197.

- Ariès, P. (2006). *História social da criança e da família* (2a ed.). Rio de Janeiro: LTC (Originalmente publicado em 1975).
- Barbiani, R., Junges, J. R., Asquidamine, F., & Sugizaki, E. (2014). Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 24(2), 567-587.
- Barkley, R. (Org.). (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (R. Cataldo, Trad., 3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barros, D., & Ortega, F. (2011). Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. *Saúde e Sociedade*, São Paulo: 20(2), 350-362.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida* (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Bellé, A. H., Andrezza, A. C., Ruschel, J., & Bosa, C. A. (2009). Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre: 22(3), 317-325.
- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um Capsi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: 33(2), 336-349.
- Blankenburg, W. (2013). *La pérdida de la evidencia natural: una contribución a la psicopatología de la esquizofrenia* (O. Dörr & E. Edwards, Trads.).

Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales (Originalmente publicado em 1971).

Bloc, L. (2012). *Introdução à psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Fortaleza – Unifor) Fortaleza: Brasil.

Bloc, L., & Moreira, V. (2013). Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: 16(1), 28-41.

Boo, G. M., & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78–97.

Brasil (2013). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Notícias. Recuperado em 18 de fevereiro, 2013 de <
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta++tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>>.

Brzozowski, F. S., & Caponi, S. (2012). Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 22(3), 941-961.

- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. (2013). Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: 33(1), 208-221.
- Bueno, F. S. (1968). *Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa* (v. 6). São Paulo: Saraiva.
- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, Maringá: 13(3), 559-566.
- Caliman, L. V. (2009). A constituição sócio-médica do "fato TDAH". *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte: 21(1), 135-144.
- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: 30(1), 45-61.
- Caliman, L. V., & Rodrigues, P. H. P. (2014). A experiência do uso de metilfenidato em adultos diagnosticados com TDAH. *Psicologia em Estudo*, Maringá: 19(1), 125-134.
- Camargos, W., Jr., & Nicolato, R. (2009). Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro: 58(3), 195-199.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (M.T. Barrocas, Trad., 6a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária (Originalmente publicado em 1966).
- Carmo, Z. (2007). TDAH: segregação e rotulação. *Caderno da APPOA*, Porto Alegre: 164, 43-51.

- Carneiro, S., et al. (2013, maio). O uso não prescrito de metilfenidato entre acadêmicos de Medicina. *Cadernos UniFOA* (edição especial), Volta Redonda: 53-59.
- Chamond, J. (2011). Fenomenologia e Psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger: uma introdução. *Revista da Abordagem Gestáltica*. Goiânia: XVII (1): p. 3-7.
- Coelho, N., Jr., & Carmo, P. S. (1991). *Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência*. São Paulo: Escuta.
- Creswell, J. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (L. O. Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, J. B. (2010). Publicidade e medicamentos: um mundo de imagens e promessas. *Interação em Psicologia*, Curitiba: 14(1), 131-138.
- Dewes, J. O. (2013). *Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos* (Monografia de Graduação em Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil).
- Dias, N. M., Menezes, A., & Seabra, A. G. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, 1(1), 80-95.
- Dorneles, B. V., Corso, L. V., Costa, A. C., Pisacco, N. M. T., Sperafico, Y. L. S., & Rohde, L. A. P. (2014). Impacto do DSM-5 no Diagnóstico de Transtornos

- de Aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre: 27(4), 759-767.
- Dörr, O. (2011). Fenomenología de la intersubjetividad en la enfermedad bipolar y en la esquizofrenia. *Salud Mental*, Cidade de México: 34(6), 507-515.
- Dupond, P. (2010). *Vocabulário de Merleau-Ponty* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Eidt, N., & Tuleski, S. (2010, janeiro/abril). Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, 40 (139), 121-146.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. DOU de 16.7.1990 (retificado em 27.9.1990). Brasília: Casa Civil da Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- Fernandes, A. P. A., Dell'Agli, B. A. V., & Ciasca, S. M. (2014). O sentimento de vergonha em crianças e adolescentes com TDAH. *Psicologia em Estudo*, Maringá: 19(2), 333-344.
- Ferrazza, D., Rocha, L., & Rogone, H. (2010). A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis: 9(1), 36-44.
- Ferreira, J. C. (2014). Perspectiva histórica da PHDA. In A. Serrão, Neto (Org.), *Hiperatividade e Défice de atenção* (p. 21-25). Lisboa: Verso de Kapa.

- Ferreira, D. C., Souza, I. D., Assis, C. R. S., & Ribeiro, M. S. (2014). A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro: 38(2), 283-288.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1988). *Doença mental e psicologia* (L. R. Shalders, Trad., 3a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro (Originalmente publicado em 1954).
- Foucault, M. (1993). *História da loucura na idade clássica* (J. T. Coelho Netto, Trad., 3a ed.). São Paulo: Perspectiva (Originalmente publicado em 1961).
- Foucault, M. (2008). *Microfísica do poder* (R. Machado, Trad.). São Paulo: Graal (Originalmente publicado em 1979).
- Frota, A. M. M. C. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro: 1, 147-160.
- Furlan, R. & Bocchi, J. C. (2003). O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. *Estudos de Psicologia*. Natal: 8(3), 445-450.
- Gama, C. A. P., & Campos, R. O. (2009). Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis: 1(2), 112-131.
- Garrido, J., & Moysés, M. (2011). Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In Conselho

- Regional de Psicologia de São Paulo (org.), *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 149-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu: 16(40), 21-34.
- Gomes, M., Palmini, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 56(2), 94-101.
- Goto, T. A. (2007). *A (re) constituição da psicologia fenomenológica em Edmund Husserl* (Tese de doutorado em psicologia, Pontifícia Universidade Católica – PUC). Campinas: Brasil.
- Guarido, R. A. (2007). Medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo: 33(1), 151-161.
- Guarido, R., & Voltolini, R. (2009). O que não tem remédio, remediado está? *Educação em Revista*, Belo Horizonte: 25(1), 239-263.
- Guilherme, P., Mattos, P., Serra-Pinheiro, M., & Regalla, M. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro: 56(3), 201-207.

- Husserl, E. (2001). *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia* (F. Oliveira, Trad.). São Paulo: Madras (Originalmente publicado em 1931).
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Itaborahy, C., & Ortega, F. (2013). O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 18(3), 803-816.
- Jaspers, K. (2005). A abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: 8(4), 769-787 (Originalmente publicado em 1912).
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos Clínicos*, São Paulo: 18(1), 153-165.
- Larroca, M., & Domingos, N. (2012). TDAH: Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo: 16(1), 113-123.
- Marmorato, P. G. (2012). A hiperatividade no tempo de Minkowski. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, São Paulo: 1(1), 124-134.
- Martins, F. (1999). O que é phatos? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: 2(4), 62-80.
- Matthews, E. (2011). *Compreender Merleau-Ponty* (M. Penchel, Trad., 2a ed.). Petrópolis: Vozes.

- Medeiros, P. (2014). Evolução da PHDA: da criança ao adulto. In A. Serrão, Neto (Org.), *Hiperatividade e Défice de atenção* (pp. 177-194). Lisboa: Verso de Kapa.
- Merleau-Ponty, M. (1991). O homem e a adversidade. In *Signos* (pp. 253-275). São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1951).
- Merleau-Ponty, M. (2004). A dúvida de Cézanne. In *O Olho e o espírito* (pp. 125-149) São Paulo: Cosac & Naify (Originalmente publicado em 1961).
- Merleau-Ponty, M. (2011). *Fenomenologia da percepção* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1945).
- Merleau-Ponty, M. (2012). *O visível e o invisível* (Coleção Debates). São Paulo: Perspectiva (Originalmente publicado em 1964).
- Messas, G. P. (2008). Psicopatologia fenomenológica e psicofarmacologia: um desafio para a contemporaneidade. In G. P. Messas (org.), *Psicopatologia fenomenológica contemporânea* (pp. 215-243). São Paulo: Roca.
- Minkowski, E. (2000). Breves reflexões a respeito do sofrimento (M. V. P. de C. Pacheco, Trad.). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: 3(4), 156-164 (Originalmente publicado em 1966).
- Minkowski, E. (2011). O tempo vivido (J. L. Freitas, Trad.). *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia: 17(1), 87-100 (Originalmente publicado em 1933).
- Moraes, C., Silva, F., & Andrade, E. (2007). Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro: 56 (Supl. 1), 19-24.

- Moreira, V. (2002). Parte II – Psicopatologia Crítica. In V. Moreira, & T. Sloan (orgs.), *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica* (pp. 109-248). São Paulo: Escuta.
- Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre: 17(3), 447-456.
- Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume.
- Moreira, V. (2009). *Clínica humanista-fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Annablume.
- Moreira, V. (2010). Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. *Revista Estudos em Psicologia*, Maringá: 15(4), 723-731.
- Moreira, V. (2011). A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia: 17(2), 177-184.
- Moysés, M. A., & Collares, C. A. (2011). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Repercussões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na experiência universitária. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília: 35(2), 613-629.

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2014). *Adolescent health*. Recuperado em 3 março, 2014 de http://www.who.int/topics/adolescent_health
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L., & Ferreira, C. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 14(34), 499-510.
- Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, Canoas, 28, 91-103.
- Polanczyk, G., Caspi, A., Houts, R., Kollins, S. H., Rohde, L. A., & Moffitt, T. E. (2010). Implications of extending the ADHD age-of-onset criterion to age 12: Results from a prospective studies birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 210-216.
- Rangel, E. B., Jr., & Loos, H. (2011). Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH. *Paidéia*, Ribeirão Preto: 21(50), 373-382.
- Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Aprova as diretrizes para análise ética de projetos de pesquisa que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores. DOU de 13.6.2013 (N. 12, S. 1, p. 59). Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 3 março, 2014, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- Rodrigues, A. C. T. (2005). Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: 8(4), 754-768.
- Rotta, N. T. (2006) Transtorno da atenção: aspectos clínicos In. Rotta, N.T., Ohlweiler, L. & Riesgo, R. *Transtornos da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 301-313). Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Salum, C. C., & Mahfoud, M. (2012). A vivência do outro em Edmund Husserl a partir das Meditações Cartesianas. *Memorandum*, Belo Horizonte: 22, 92-116.
- Santos, L., & Vasconcelos, L. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília: 26(4), 717-724.
- Schmitz, M., Polanczyk, G., & Rohde, L. A. P. (2007). TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 56 (Supl. 1), 25-29.
- Schneider, D. R. (2009). Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis: 1(2), 62-76.
- Schoen-Ferreira, T. H., & Aznar-Farias, M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília: 26(2), 227-234.

- Senna, S. R. C. M., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília: 28(1), 101-108.
- Sousa, I., Serra-Pinheiro, M., Fortes, D., & Pinna, C. (2007). Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro: 56(Supl. 1), 14-18.
- Tannock, R. (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed changes in diagnostic criteria. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 5-25.
- Tatossian, A. (2012). Aspectos fenomenológicos do tempo humano em psiquiatria. In A. Tatossian & V. Moreira, *Clínica do Lebenswelt* (pp. 71-90). São Paulo: Escuta (Originalmente publicado em 1979).
- Tatossian, A. (2012). Teoria e prática em psiquiatria: sintoma e fenômeno, um ponto de vista fenomenológico. In A. Tatossian & V. Moreira, *Clínica do Lebenswelt* (pp. 91-100). São Paulo: Escuta (Originalmente publicado em 1980).
- Tatossian, A. (2012). Fenomenologia do corpo. In A. Tatossian & V. Moreira, *Clínica do Lebenswelt* (pp. 101-107). São Paulo: Escuta (Originalmente publicado em 1982).
- Tatossian, A. (2012). O que é a clínica? In A. Tatossian & V. Moreira, *Clínica do Lebenswelt* (pp. 141-147). São Paulo: Escuta (Originalmente publicado em 1989).

- Tatossian, A. (2012). A fenomenologia: uma epistemologia para a psiquiatria? In A. Tatossian & V. Moreira, *Clínica do Lebenswelt* (pp. 149-167). São Paulo: Escuta (Originalmente publicado em 1996).
- Tatossian, A. (2001). Cultura e psicopatologia: um ponto de vista fenomenológico. (J. C. Freire & V. Moreira, Trads; V. Moreira, Rev. Técn.). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: 4(3), 137-144 (Originalmente publicado em 1997).
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. (J. C. Freire, Trad., V. Moreira, Rev. Técn.). São Paulo: Escuta (Originalmente publicado em 1979).
- Tesser, C. D., Poli, P., Neto, & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 15 (Supl. 3), 3615-3624.
- Verissimo, D. S. (2013). Considerações sobre corporeidade e percepção no último Merleau-Ponty. *Estudos de Psicologia*, Natal: 18(4), 599-607.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A. & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE)



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “A experiência vivida de adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)”.

Pesquisador responsável: Juliana Lima de Araújo

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que irá investigar o mundo vivido de adolescentes que possuem Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. O motivo que me leva a pesquisar o mundo desses adolescentes é ter uma maior compreensão sobre como é a experiência de quem possui esse diagnóstico e como isso reflete em sua existência.

1. Participação na pesquisa:

Ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa de campo da dissertação de mestrado intitulada “A experiência vivida de adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)”, realizada por meio de entrevista aberta, através da pergunta disparadora “*Como é para você viver com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade?*” A entrevista será gravada, transcrita e posteriormente analisada através do método fenomenológico com o intuito de investigar a experiência de adolescentes que foram diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Lembramos que a sua participação é voluntária, possuindo a liberdade de escolher participar ou não. Mesmo após ter iniciado as entrevistas estas poderão ser interrompidas sem nenhum prejuízo para você.

2. Riscos e desconfortos:

O procedimento utilizado, a entrevista aberta, poderá trazer algum desconforto como proporcionar o entrar em contato com conteúdos emocionais específicos referentes

à sua prática clínica. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pelo encaminhamento necessário a um serviço de apoio psicológico.

3.Benefícios:

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir com a produção científica no que se refere a experiência vivida de adolescentes que possuem Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

4.Formas de assistência:

Se você precisar de algum encaminhamento psicológico por se sentir prejudicado devido a pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma demanda que necessite de tratamento, você será encaminhado por Juliana Lima de Araújo, telefone (85) 88441777, para o Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI - da Universidade de Fortaleza no endereço: Rua Desembargador Floriano Benevides, 221- Bairro Edson Queiroz (ao lado Fórum Clóvis Beviláqua) CEP: 60811-905 telefone: (85) 3477.3611.

5.Confidencialidade:

Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por meio da entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar das fitas gravadas nem quando os resultados forem apresentados.

6.Esclarecimentos:

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e-ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Juliana Lima de Araújo

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Bloco N – Sala 13, CEP: 60811-905 Fortaleza – CE
E-mail: ju_lima_araujo@yahoo.com.br

Telefone para contato: (85) 3477 3219/ 88441777

Horário de atendimento: Segunda à Sexta das 08h às 17h.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de ética na Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA

Universidade de Fortaleza

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º Andar

Bairro: Edson Queiroz CEP: 60811-341

Telefone: (85) 3477- 3122, Fortaleza – CE

7. Ressarcimento das despesas:

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa não receberá nenhuma compensação financeira.

8. Concordância na participação:

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido "C TCLE "C apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido "C TCLE "C apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

9. Consentimento pós esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante Legal

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – Parecer do comitê de ética em pesquisa (CEP)**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A experiência vivida de adoelscentes com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

Pesquisadora: Juliana Lima de Araújo

Área temática:

Versão: 2

CAAE: 41729214.8.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.028.486

Data da Relatoria: 17/04/2015

Apresentação do Projeto:

O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é uma forma de adoecimento que se manifesta diante de múltiplas variáveis que ainda não estão claras. Os sintomas que o caracterizam se constituem por comportamentos ditos normais e o que separa o patológico do normal não são aspectos qualitativos, mas a intensidade com que eles se manifestam e o nível de comprometimento na vida das pessoas. Pesquisas no âmbito da saúde têm concentrado esforços na busca por melhor especificação dos critérios diagnósticos e o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes. Segundo essas pesquisas o TDAH é denominado como um transtorno neuropsiquiátrico, que tem início na infância, em que é apresentada uma dificuldade no processamento e manejo dos estímulos com que a criança se relaciona. Há vulnerabilidade genética que atua em uma predisposição e não como determinação para a manifestação do transtorno. Não possui uma etiologia específica, mas há alterações nos aspectos neuroquímicos, genéticos e ambientais. Sua sintomatologia tem como tripé a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, que são divididos dentro da seguinte classificação: TDAH

predominantemente desatento, TDAH predominantemente hiperativo ou impulsivo e TDAH tipo combinado.

OBJETIVO DA PESQUISA

Objetivo Primário:

Compreender o fenômeno do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em adolescentes.

Objetivo Secundário:

Apresentar e discutir a abordagem contemporânea do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) Compreender a experiência vivida de adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Avaliação dos riscos e benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa utilizará de entrevista aberta, o que poderá trazer algum desconforto ao participante por proporcionar que ele acabe falando de situações ou sentimentos que o façam sentir-se mal, ao entrar em contato com conteúdos emocionais dolorosos que venham a desencadear sofrimento psíquico. Se isso vier a acontecer será dado um suporte psicológico no momento, parando a entrevista se assim o desejar. A fim de minimizar esse risco será buscado estabelecer um bom vínculo inicial com o participante, o deixando a vontade e esclarecendo que ele poderá interromper a entrevista a qualquer no momento em que desejar. Também será dado, se necessário, apoio breve-focal ao participante, visto ser a pesquisadora desta pesquisa profissional do campo da psicologia.

Benefícios:

Com a participação do adolescente nessa pesquisa ele poderá conhecer melhor a maneira como lida e vivencia em sua vida com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A entrevista pode lhe ajudar a perceber como é sua maneira de ver a doença e assim propiciar algum aprendizado quanto a cuidar melhor de situações que ele sente como difíceis, quer estejam diretas ou indiretamente relacionadas ao TDAH. Sua participação também pode propiciar maior confiança do adolescente em lidar com a doença pois ao ser escutado nessa pesquisa é validado a importância de seu saber e experiência sobre o TDAH.

Comentários e considerações sobre a pesquisa:

Após análise na íntegra do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo atende às Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -Res.466/12 CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_407745.pdf
PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml
Termo de assentimento_JulianaLimadeAraujo.pdf
Modelo-de-TCLE-unifor_JulianaLimadeAraujo.pdf
Projeto Mestrado_JulianaLimadeAraujo.pdf
PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_987237.pdf
PB_PARECER_COLEGIADO_976847.pdf
PB_PARECER_RELATOR_958906.pdf
Formulario Plataforma Brasil Juliana Lima de Araujo.pdf

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Sugere-se a aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

FORTALEZA, 17 de Abril de 2015

Assinado por:

Marilia Joffily Pereira da Costa Parahyba
(Coordenador)