

# Classificações interativas:

o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil\*

Fabiola Stolf Brzozowski<sup>1</sup>

Jerzy André Brzozowski<sup>2</sup>

Sandra Caponi<sup>3</sup>

BRZOWSKI, F.S.; BRZOWSKI, J.A.; CAPONI, S. Interactive classifications: the case of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in children. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.35, p.891-904, out./dez. 2010.

The philosopher of science Ian Hacking writes that our world is one of classifications, and these classifications, or names, have a particular effect when they refer to the behavior of people. This article seeks to present what Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is and how it appeared in children. Then, it discusses the conversion of undesirable behaviors into symptoms which underlies the identification of ADHD as a disease. From these considerations, a more general model about the interaction between classifications and classified people is proposed, based on Hacking's distinction between indifferent and interactive kinds, and also on the concept of looping effect proposed by that author. Finally, the model is applied to ADHD, and some considerations are made regarding the concept of social control put forth by Peter Conrad.

**Keywords:** ADHD. Looping effect. Classifying people. Childhood medicalization.

O filósofo da ciência Ian Hacking diz que nosso mundo é um mundo de classificações e que essas classificações têm efeitos particulares quando se referem a comportamentos de pessoas. Neste trabalho, pretende-se discutir como o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) infantil pode funcionar como uma classificação e, assim, afetar o comportamento das crianças diagnosticadas. Inicialmente, é realizada uma discussão sobre a função das classificações na ciência. A partir dessas considerações, um modelo mais geral sobre a interação entre classificações e classificados é proposto, tendo como base a distinção de Ian Hacking entre tipos indiferentes e tipos interativos, e também a noção de efeito de arco proposta por esse autor. Por fim, o modelo é aplicado ao TDAH, onde são realizadas considerações relacionadas às noções de controle social de Peter Conrad.

**Palavras-chave:** TDAH. Efeito de arco. Classificação de pessoas. Medicalização da infância.

\* Elaborado com base em Brzozowski (2009), pesquisa com financiamento do CNPq.

<sup>1</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Rua Revoar das Gaivotas, 262.

Campeche, Florianópolis, SC, Brasil. 88063-265. fabijerzy@yahoo.com

<sup>2</sup> Doutorando em Filosofia, UFSC.

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, UFSC.

## 1 Introdução

O mundo do homem ocidental é altamente sistematizado. Fenômenos, objetos, animais e pessoas são analisados, decompostos e reduzidos a conceitos gerais. A classificação de entidades com as quais os seres humanos não são capazes de se comunicar não gera interação alguma, mas fenômenos inesperados podem surgir quando os alvos das classificações são também pessoas.

Toda classificação de pessoas gera uma resposta. Alguns grupos (por vezes determinados arbitrariamente) étnicos ou sociais acabam se tornando alvos de preconceitos, e mesmo as pessoas consideradas comuns ou normais recebem diferentes rótulos. Porém, existem classificações, institucionalizadas ou "oficiais", que se difundem mais facilmente e possuem maior credibilidade perante a sociedade.

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) pode ser considerado uma classificação oficial, e, para uma criança, ser classificada como um doente mental traz grandes implicações. Neste trabalho, pretende-se inicialmente apresentar, em linhas gerais, como Ian Hacking descreve as interações entre classificação e classificado e, a partir desse ponto, propor um modelo mais geral sobre essa interação, tendo como base a distinção entre tipos indiferentes e tipos interativos, e também a noção de efeito de arco proposta por esse autor (seção 2). Na seção 3, será apresentado o TDAH, como surgiu, seus critérios diagnósticos e possíveis causas atribuídas a essa classificação. A seguir (seção 4), é realizada uma discussão sobre a conversão de comportamentos indesejáveis em sintomas, que está por trás da identificação do TDAH como uma doença. Por fim, o modelo proposto por Hacking é aplicado ao TDAH na seção 5, onde são realizadas também considerações relacionadas às noções de controle social de Peter Conrad.

## 2 As classificações

O filósofo da ciência Ian Hacking (2006) diz que nosso mundo é um mundo de classificações e que essas classificações, ou nomes, têm efeitos particulares quando se referem a comportamentos de pessoas. Conforme será detalhado nesta seção, um indivíduo pode estar consciente de sua classificação e, com isso, modificar seu comportamento. Para que se compreenda de que forma um nome, ou um diagnóstico, pode influenciar o comportamento dos indivíduos e, especialmente, de uma criança, faz-se necessário uma incursão sobre a distinção entre os tipos indiferentes e os tipos interativos de Hacking.

### 2.1 As classificações e a ciência

De acordo com uma concepção realista da ciência, o mundo é composto de *tipos* de entidades, e a tarefa da ciência é realizar e refinar classificações, de modo a ter um retrato cada vez mais fiel dos "verdadeiros" tipos que constituem o mundo. Um exemplo de refinamento de classificação ocorreu na história da biologia quando, após muitos séculos tendo sido consideradas peixes, as baleias foram classificadas, por Lineu, como mamíferos.

Nas palavras de Richard Boyd, um dos defensores dessa posição, a tarefa da ciência é realizar uma "*acomodação da linguagem à estrutura causal do mundo*" (Boyd, 1986, p.358, *itálicos no original*). A ciência, ao longo de seu trabalho, iria construindo uma imagem do mundo tal como ele é, cortando a natureza "em suas verdadeiras juntas". Essa representação definitiva do mundo, da qual a ciência se aproximaria assintoticamente, estaria constituída de tipos, os tipos naturais, que corresponderiam às entidades que realmente existem.

A discussão filosófica sobre os tipos naturais começou em meados do século XIX e ainda é cercada de controvérsias. É questionável, por exemplo, em que medida os termos para tipos naturais da linguagem comum (como "baleia franca") correspondem aos termos científicos (como "Eubalaena australis", o nome científico da baleia franca meridional). Pode acontecer que o nome de um animal na linguagem comum corresponda a mais de uma espécie biológica, assim como uma mesma espécie pode receber dois nomes na linguagem comum (se, por exemplo, macho e fêmea forem muito diferentes entre si).

As espécies biológicas não são os únicos tipos naturais. Os exemplos mais clássicos são as formas geométricas (triângulo, pentágono etc.), as espécies químicas (ouro, água etc.), e as espécies geológicas (bauxita, pirita etc.). Análises filosóficas recentes (Hacking, 1991) tendem a reconhecer que esses objetos são tão diferentes entre si, a ponto de que não existe sequer um único conceito de tipo natural. O que dizer, por exemplo, das doenças? Condições como sífilis, dengue, e depressão, podem ser consideradas tipos naturais?

Para discutir esse ponto, Hacking (1999) introduziu a distinção entre tipos indiferentes e tipos interativos. Os tipos naturais "clássicos" (formas geométricas, espécies químicas, biológicas e geológicas), de acordo com Hacking, são tipos indiferentes, na medida em que não interagem com a classificação que recebem. Para as baleias, nada mudou quando foram classificadas como mamíferos, e não peixes. Os tipos humanos, ou tipos de pessoas, por sua vez, reagem às classificações que lhes são impostas, e o fazem, argumenta Hacking (2006), estando ou não conscientes delas<sup>4</sup>. Uma pessoa que, de "bonita", passa a ser classificada como "feia", irá ter, drasticamente, seu comportamento alterado.

Entretanto, Hacking parece considerar o ímpeto de classificar pessoas - tão profundamente enraizado em diversas culturas - uma continuação ou variante da atitude de classificar tipos indiferentes. Em uma revisão da literatura filosófica sobre os tipos naturais (Hacking, 1991), ao mesmo tempo em que rejeita a ideia de Boyd de que há apenas uma forma verdadeira de classificar a natureza, Hacking chama a atenção para o papel pragmático que as classificações tiveram na história das civilizações. São as disposições dos tipos naturais (isto é, o que eles são capazes de fazer ou o que podemos fazer com eles) que despertaram e mantêm o interesse dos humanos por eles. É importante ter bons critérios para identificar o cobre entre outros metais por causa de sua utilidade para a civilização (servir como condutor de eletricidade etc.). As disposições podem também ser fatores importantes no refinamento das classificações: basta mencionar a adoção de procedimentos que permitem diferenciar o ouro da pirita (ouro-de-tolo).

<sup>4</sup> Esse ponto é controverso, porém pertinente para o caso do TDAH. O tema será abordado em maiores detalhes na seção 5.

## 2.2 As classificações na biomedicina

Quando o raciocínio que foi detalhado na seção anterior é estendido aos tipos de pessoas, fazem-se necessárias instituições (Hacking, 2007, 2006) para determinar quais serão as disposições importantes para a classificação<sup>5</sup>. Pode-se conjecturar que, nos primórdios das civilizações, as disposições humanas mais proeminentes eram as capacidades de trabalhar e procriar. Um indivíduo doente significa um a menos no contingente dos aptos e férteis; desse fato surge a necessidade da adoção de procedimentos que restitua as disposições perdidas.

Além disso, as doenças também têm disposições: para citar exemplos, a raiva é uma doença fatal; derrames deixam sequelas psicomotoras; a hanseníase causa perda da sensibilidade nas extremidades, e assim por diante. Em outras palavras, as disposições das doenças são seus sintomas ou consequências deles. Por isso, como no caso dos tipos naturais, as disposições das doenças permitiram um refinamento de sua própria classificação e, conseqüentemente, do diagnóstico.

O diagnóstico é o ponto central de divergência entre os tipos naturais e os tipos humanos, e é onde se dá a bifurcação entre indiferença e interação. Do ponto de vista prático que foi mencionado acima, realizar um diagnóstico significa rotular, impor uma marca, no mesmo sentido em que uma pepita suspeita pode ser marcada para inspeção, ou em que o gado é marcado para o abate. Nesse sentido, o diagnóstico é um bilhete de entrada para um procedimento padronizado e, especialmente, institucionalizado. Mas, enquanto o comportamento da pepita não irá mudar se ela for classificada como ouro ou pirita

<sup>5</sup> É certo que a classificação de tipos naturais também requer instituições, mas, no caso dos tipos de pessoas, seu papel é mais saliente.

(embora o procedimento seguinte será diferente em cada um dos casos), o de um indivíduo certamente muda diante de um diagnóstico de câncer.

Agora, a própria doença pode ser um tipo indiferente, na medida em que não reage se é classificada como sarampo ou catapora. Essa questão é crucial, e está ligada ao que será referido, daqui em diante, como causas biológicas da doença<sup>6</sup>. Entende-se aqui a doença como um fenômeno complexo, com muitas causas, sendo que cada uma delas pode ser estudada em um nível relativamente autônomo de análise. As causas biológicas correspondem ao conjunto de causas comumente chamado de etiologia; são o avatar da doença no nível de análise biomédico. Para que uma doença tenha causas biológicas, é necessário que haja uma correspondência unívoca entre elas e o conjunto de sintomas, e que um conjunto de sintomas não tenha mais do que um conjunto de causas biológicas. Assim, da perspectiva biomédica, uma doença é um conjunto de sintomas univocamente causado por um conjunto de causas biológicas.

Até aqui, com a possível exceção da depressão, foram mencionadas doenças com bases biológicas relativamente claras. No caso da sífilis, dengue, sarampo e catapora, as causas biológicas estão até mesmo corporificadas na forma de agentes etiológicos, ou, mais propriamente, na relação entre esses agentes e seus hospedeiros. No caso do câncer, as causas biológicas estão localizadas no próprio organismo do paciente (defeitos genéticos relacionados à divisão celular, sendo que "genético", aqui, não quer dizer necessariamente "hereditário"). A depressão é um caso em que um conjunto de sintomas talvez tenha mais de um conjunto de causas biológicas, ou mesmo não tenha um conjunto de causas biológicas. Nesse caso, não seriam doenças no sentido estritamente biomédico definido acima.

Hacking (1999) sugere ainda que alguns tipos — algumas doenças como a esquizofrenia e o autismo — são, ao mesmo tempo, indiferentes e interativos. O componente indiferente da doença são suas causas biológicas, enquanto o componente interativo é o estereótipo do portador daquela doença, que, na perspectiva biomédica, se refere ao conjunto de sintomas. Mas o estereótipo do portador da doença assume ainda um aspecto social, quando encarnado no comportamento do próprio paciente. Tem-se, assim, três elementos a partir dos quais se construirá a interação entre classificação e classificado: do lado biomédico, as causas biológicas e o conjunto de sintomas; do lado social ou extrabiomédico, o comportamento do paciente.

No caso de haver essa interação, ocorre o que Hacking chama de efeito de arco [looping effect]. "As pessoas e sua classificação estão numa situação de plena interação e evolução bilateral", escreve Hacking (2006, p.308). O efeito de arco é a espiral que ocorre quando a classificação altera o comportamento de um indivíduo, que, por sua vez, altera o estereótipo da classificação, e assim por diante. A modificação do comportamento do indivíduo, causada por uma classificação, pode apresentar um feedback positivo (o fato de o indivíduo saber que pertence a determinada classe fortalece os atributos que a caracterizam) ou negativo (indivíduos resistem ao conhecimento ligado à classificação) (Hacking, 2006). Hacking refere-se a feedback positivo ou negativo, não no sentido de qualificar a ação como positiva ou negativa, mas para dizer que o positivo amplifica os efeitos da classificação, enquanto o negativo os suprime. Conforme explica Hacking (2006, p.307-8):

O nome de uma classe é portador de conhecimentos gerais sobre os membros da classe. A afirmação que eu estou numa classe, que sou um N [...] estabelece que tenho os atributos conhecidos da classe [...]. Isto pode me transformar. Talvez o conhecimento de que sou um N fortaleça esses atributos – um caso de feedback positivo. [...] Há

<sup>6</sup> O termo é emprestado de Hacking (1999, p. 116) em uma tentativa de sanar a dificuldade de encontrar um equivalente para a "estrutura escondida" proposta por Hilary Putnam. Estrutura escondida, de acordo com Putnam, é a "essência" que confere as propriedades de um tipo e que permite fixar referências a ele. Por exemplo, a estrutura escondida da água é sua fórmula química H<sub>2</sub>O; segundo Putnam, sempre que falamos "água", estamos nos referindo ao tipo cuja estrutura química é H<sub>2</sub>O.

também casos de feedback negativo. No caso mais simples os indivíduos resistem ao conhecimento ligado à classificação. Esforçam-se por se desfazer das características que lhes são atribuídas. [...] Este conhecimento, dizem as pessoas que são N, não é verdadeiro, não é verdade isto que se diz de pessoas que são N.

A transformação de comportamentos tidos como indesejáveis em sintomas de doenças é um dos principais geradores de efeitos de arco. A seguir, será proposto um modelo simples que pretende descrever como se dá essa transformação, e mostrar o porquê do processo estar sujeito ao efeito de arco.

### 2.3 Um modelo para a gênese de uma doença

Um esclarecimento importante pode ser feito a respeito do efeito de arco, considerando-se os três elementos citados anteriormente (causas biológicas, conjunto de sintomas, comportamento do paciente), e o papel que cada um deles tem na identificação de uma doença.

Inicialmente, considere-se um esquema (Figura 1) em que não haja efeito de arco. Na primeira etapa, um conjunto difuso de sintomas é percebido em um grupo de pacientes. A seguir, causas biológicas que expliquem uma parcela do conjunto inicial de sintomas são postuladas. A transição da etapa 1 para a 2 pode ser chamada de biologização. Por fim, apenas aquela porção do conjunto de sintomas que pode ser biologicamente embasada é utilizada para a realização do diagnóstico. A transição da etapa 2 para a 3 pode ser chamada de redução. Neste esquema, o efeito de arco é desconsiderado.

A identificação de uma doença, que pode ser fruto de anos de pesquisa, termina por isolar um conjunto de sintomas relevantes para a realização do diagnóstico (etapa 3), e sobre eles se articularão os exames laboratoriais e outros testes para aquela doença. Esse esquema não pretende ser exaustivo: após a etapa 3, evidentemente, o trabalho da equipe de saúde continua. Um paciente que apresente um conjunto de sintomas que corresponda, grosso modo, ao conjunto da etapa 3, é marcado (no sentido discutido anteriormente) para a realização de testes que se destinam a identificar a presença das causas biológicas comumente associadas àquele conjunto de sintomas. Se o clínico concluir que os resultados confirmam a presença dessas causas, o diagnóstico é feito e o paciente é novamente marcado, desta vez para o processo de tratamento.

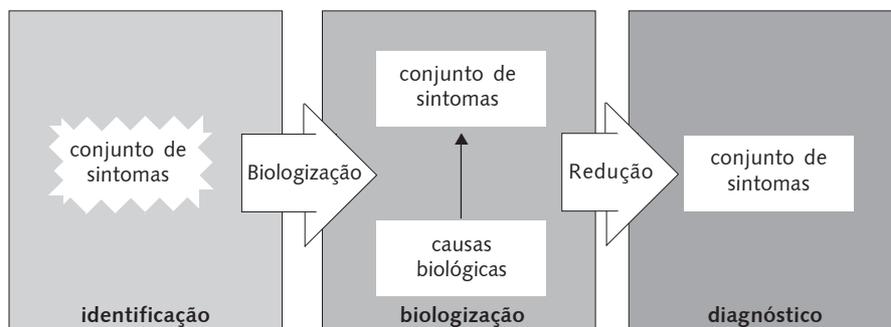
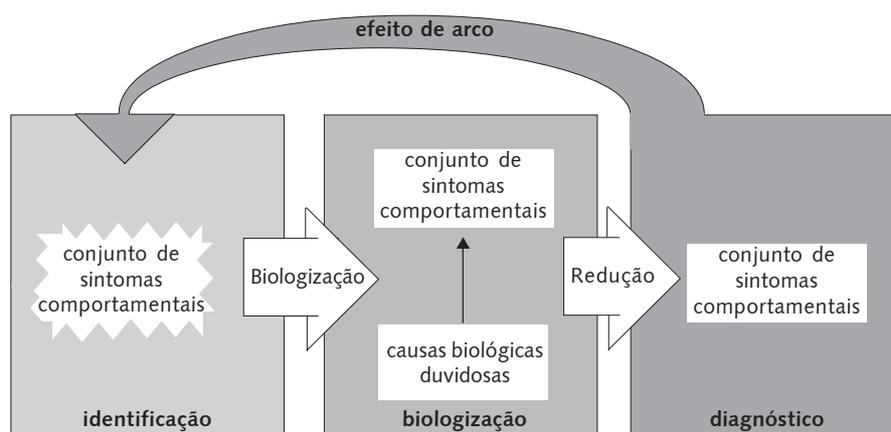


Figura 1. Modelo para a identificação de uma doença. Ver texto para descrição detalhada das etapas.

Considere-se, agora, o caso em que há efeito de arco (Figura 2). Note-se que, aqui, os “sintomas” são puramente comportamentais, e quaisquer bases biológicas encontradas para sustentá-los são sempre duvidosas. O efeito de arco acontece entre a passagem da etapa 3 para a 1, quando um diagnóstico faz com que o paciente altere seu comportamento e, assim, altere o conjunto de “sintomas” para aquela condição.



**Figura 2.** Modelo para o efeito de arco na identificação de uma doença. Ver texto para descrição detalhada das etapas.

Hacking (2007, 1999) afirma que, nesse caso, as pessoas classificadas serão “alvos móveis”, isto é, ao mudar seu comportamento, acabam mudando o próprio estereótipo da classificação e, portanto, não são objetos estáveis de conhecimento. Jonathan Tsou (2007) critica esse ponto, alegando que, por mais que um indivíduo mude seu comportamento, será incapaz de mudar as causas biológicas de sua condição. Tsou se refere, em particular, às causas biológicas da esquizofrenia (excesso de atividade dopaminérgica na via mesolímbica): por mais que um paciente esquizofrênico mude seu comportamento, não irá conseguir diminuir a concentração de dopamina em seu cérebro. É possível que Tsou considere esse tipo de efeito de arco tão absurdo quanto a ideia de que um paciente com câncer é capaz de remover o tumor somente pela “força do pensamento” ou, pelo menos, por se comportar como se tivesse removido o tumor.

No entanto, deve-se considerar a hipótese de que certos conjuntos de sintomas descritos na literatura não tenham causas biológicas unívocas e, portanto, não constituam doenças no sentido biomédico. O próprio Tsou reconhece que esse talvez seja o caso de grande parte das desordens listadas no DSM-IV (Tsou, 2007). Muito provavelmente, o TDAH se enquadra nesse grupo (Timimi, 2002).

### 3 O TDAH

Para que se possa pensar no significado do TDAH para a criança, primeiramente faz-se necessário entender o que é o transtorno, que critérios são utilizados para o seu diagnóstico e como se deu sua evolução histórica.

O TDAH é considerado, em parte do meio acadêmico, como o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância, e se caracteriza por três categorias principais de sintomas, que são: desatenção, impulsividade e hiperatividade (Vasconcelos et al., 2003). O Quadro 1 lista os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para o diagnóstico do TDAH (DSM-IV-Tr, 2002).

**Quadro 1.** Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para o TDAH.

<b>Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade</b>
<p>A. Ou (1) ou (2)</p> <p>(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por, pelo menos, 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p><b>Desatenção:</b></p> <p>(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;</p> <p>(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;</p> <p>(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;</p> <p>(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);</p> <p>(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;</p> <p>(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);</p> <p>(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);</p> <p>(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;</p> <p>(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.</p> <p>(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por, pelo menos, 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <p><b>Hiperatividade:</b></p> <p>(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;</p> <p>(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</p> <p>(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>(e) está frequentemente "a mil" ou, muitas vezes, age como se estivesse "a todo vapor";</p> <p>(f) frequentemente fala em demasia.</p> <p><b>Impulsividade:</b></p> <p>(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</p> <p>(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;</p> <p>(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p>
<p>B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.</p>
<p>C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).</p>
<p>D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.</p>
<p>E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).</p>

O TDAH já foi conhecido por vários nomes durante o século XX, dentre eles: "encefalite letárgica", "dano cerebral mínimo", "disfunção cerebral mínima", "hipercinesia", "doença do déficit de atenção" (DDA) e "transtorno de déficit de atenção com hiperatividade". Para cada uma dessas categorias de doença, são descritos conjuntos de sintomas similares, que descrevem os desvios da infância. Alguns dos sintomas mais citados e comuns a todos esses nomes são: baixo desempenho na escola, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de completar tarefas, ladroagem, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento (Rafalovich, 2001).

A ideia de que agitação, baixa concentração e impulsividade em crianças são fenômenos médicos é recente. O início do interesse por crianças que apresentavam baixa capacidade de atenção e hiperatividade data do início do século XX, quando um pediatra, Frederick Still, descreveu um grupo de crianças que possuíam uma incapacidade anormal de manter sua concentração, inquietação e irritabilidade (Still, 2006). As características de hiperatividade e falta de atenção em crianças foram relacionadas entre si somente com o surgimento do diagnóstico do dano cerebral mínimo, após as epidemias de encefalite, nas primeiras décadas do século XX (Timimi, 2002).

Na década de 1930, foi descoberta a ação dos medicamentos psicoestimulantes na redução da inquietação, da hiperatividade e dos problemas de comportamento em crianças. E, nos anos 1940, Strauss sugeriu que a hiperatividade, na ausência de histórias de anormalidades na família, poderia ser considerada evidência suficiente para um diagnóstico de dano cerebral (Timimi, 2002).

Entretanto, com o passar dos anos, não foram encontradas lesões orgânicas nessas crianças agitadas. Assim, a partir de 1960, o termo "dano cerebral mínimo" foi caindo em desuso. Apesar do abandono dessa hipótese, e com o aumento do interesse em síndromes definidas comportamentalmente, estudiosos passaram a acreditar que essa síndrome era causada por algum tipo de disfunção cerebral. Na segunda edição do DSM, a doença foi chamada de "reação hipercinética da infância" (Timimi, 2002).

Nos anos 1980, surgiu a terceira edição do DSM, e o nome passou a ser "transtorno de déficit de atenção" (em inglês, ADD). O diagnóstico do problema poderia ser feito com ou sem os sintomas de hiperatividade, e foi definido utilizando-se três listas de sintomas: uma para déficit de atenção, uma para impulsividade e outra para hiperatividade. Na quarta edição do DSM (DSM-IV), os critérios para o diagnóstico mudaram novamente, agora em favor de um modelo com duas dimensões: déficit de atenção em uma subcategoria e hiperatividade e impulsividade na outra. É importante destacar que, em cada revisão, o número de crianças com características da doença aumentava. A mudança do DSM-III para o DSM-IV aumentou a prevalência do transtorno em aproximadamente dois terços (Timimi, 2002).

A prevalência do TDAH tem sido pesquisada em inúmeros países e, em geral, estudos que utilizam os critérios do DSM-IV tendem a encontrar prevalências de 3-6% em crianças em idade escolar, nos Estados Unidos. No Brasil, a taxa de prevalência, em estudos desse tipo, foi de 3,6 a 5% da população escolar (Andrade, Scheuer, 2004). A proporção do transtorno entre meninos e meninas, segundo estudos epidemiológicos, varia de 2:1 em estudos populacionais e de 9:1 em estudos clínicos, respectivamente (Rohde, Halpern, 2004).

Apesar do grande número de estudos já feitos, as causas do TDAH ainda são desconhecidas. A ideia mais aceita pelos estudiosos do tema é de que existem fatores genéticos e ambientais que influenciam no desenvolvimento da doença. Em relação à genética, existem hipóteses que relacionam vários genes de pequeno efeito com uma vulnerabilidade ao transtorno, que poderia vir a se desenvolver, ou não, de acordo com as condições ambientais. O aparecimento do TDAH está relacionado ainda, segundo pesquisas atuais, a alterações de um ou mais neurotransmissores, como as catecolaminas, em particular, a dopamina e a noradrenalina. Entretanto, os dados existentes sobre a relação entre TDAH e neurotransmissores ainda são muito escassos (Rohde, Halpern, 2004).

Em relação à alimentação, alguns estudos sugerem que determinados conservantes, como o benzoato de sódio, e corantes alimentares artificiais podem exacerbar o comportamento hiperativo em crianças pequenas (Barrett, 2007). Outro fator nutricional relacionado ao transtorno são os baixos níveis séricos de ferritina, que evidencia uma deficiência de ferro. Segundo os estudos sobre o assunto, o ferro modula a produção da dopamina e da noradrenalina, cujas quantidades se encontram em desequilíbrio em indivíduos com TDAH (Konofal et al., 2008).

É importante salientar, entretanto que, quando se fala de desenvolvimento neuronal e de neurotransmissores, do ponto de vista neuroevolutivo, é aceitável certo nível de hiperatividade em

crianças até, aproximadamente, os quatro ou cinco anos de idade, visto que a região pré-frontal, onde está o “freio-motor” do comportamento dos seres humanos, só se completa nessa faixa etária (Rohde, Halpern, 2004).

O tratamento geralmente indicado pelos profissionais de saúde engloba intervenções psicossociais e/ou psicofarmacológicas. Em se tratando de intervenções psicossociais, recomendam uma abordagem educacional, prestando informações claras e precisas à família sobre o transtorno. Além disso, defendem também um suporte escolar, por meio de rotinas diárias consistentes, atividade física e atendimento individualizado, sempre que possível (Zavaschi et al., 2004).

Em relação ao tratamento farmacológico, os estimulantes são considerados, pela maior parte dos profissionais e dos pesquisadores, como as medicações de primeira escolha. No Brasil, o único estimulante aprovado e encontrado no mercado é o metilfenidato, cujos nomes comerciais são Ritalina®, do laboratório Novartis, e Concerta®, do laboratório Janssen-Cilag. Em casos de comorbidades, intolerância ou falta de resposta aos estimulantes, muitas vezes são utilizados também antidepressivos tricíclicos, como a imipramina (Zavaschi et al., 2004), cujo nome comercial é Tofranil®, do laboratório Novartis.

#### 4 Comportamentos e sintomas

Pode-se observar que o TDAH é um fenômeno recente e que, antes do século XX, características que hoje são consideradas sintomas - como agitação, impulsividade e hiperatividade - eram vistas como comportamentos normais. Percebe-se então que, atualmente, os conhecimentos científicos e as práticas em saúde têm tornado o limiar entre saúde e doença, entre o normal e o patológico, muito tênue. Basta adotar um comportamento indesejado pela sociedade em geral para que o indivíduo seja rotulado como “depressivo”, “ansioso”, “louco” ou mesmo “hiperativo”. Isso se dá porque os altos e baixos naturais da vida e comportamentos até então considerados normais são convertidos em estados patológicos (Blech, 2005).

Para Georges Canguilhem (1982), a ciência descreve o ser humano normal como aquele que se encaixa em normas preestabelecidas, determinadas por médias. Porém, ele coloca uma questão: será que devemos considerar qualquer *desvio* como anormal? Os modelos que temos de indivíduos normais são produto de estatísticas, porém, para ele, os indivíduos reais que encontramos se afastam desse modelo e é isso que faz com que sejam diferentes uns dos outros.

Quando se trata de crianças, é na escola que se pode ver a grande influência na determinação de metas de aprendizagem, estabelecidas para cada faixa etária, na tomada de posições. A maioria das crianças aprende a ler com determinada idade; aquela que não começa a ler juntamente com as demais pode ser facilmente considerada desviante. Geralmente é, na escola, que se notam as características do TDAH, e é de lá que saem os encaminhamentos das crianças aos profissionais de saúde. A fala de uma professora sobre uma “aluna problemática”, extraída do livro de Collares e Moyses (1996, p.250), ilustra esse ponto:

[e]la é muito parada. Acho que deve ser encaminhada para a Saúde ou psicóloga, por que ela tem alguma coisa, ela é muito parada. Pelo tamanho dela, pela idade, acho que ela já devia ter aprendido. Ela está ainda na fase pré-silábica.

Uma condição necessária para que se tenha uma vida social é que todos compartilhem das mesmas normas, previamente estabelecidas. Quando uma regra é quebrada, como não aprender a ler dentro do “prazo normal”, são tomadas medidas restauradoras: “[o] fracasso ou o sucesso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo” (Goffman, 1988, p.138).

De acordo com Collares e Moyses (1996), a escola é um local que abriga preconceitos sobre os alunos, suas famílias e o fracasso escolar; o fracasso em manter as normas institucionais recai sempre sobre o aluno e sobre os seus pais:

Crianças não aprendem porque são pobres, porque são negras, porque são nordestinas, ou provenientes de zona rural; são imaturas, são preguiçosas; não aprendem porque seus pais são analfabetos, são alcoólatras, as mães trabalham fora, não ensinam os filhos... (Collares, Moyses, 1996, p.26)

A citação acima nada mais é que um repertório de explicações reducionistas para problemas de aprendizado. Para Richard Lewontin (Lewontin, Rose, Kamin, 2003), reducionistas são aqueles que tentam explicar as propriedades de sistemas complexos (como aprendizagem, por exemplo) focalizando apenas poucos aspectos. De acordo com a perspectiva reducionista, o problema da não-aprendizagem encontra-se em fatos isolados, como: cor da pele, nível socioeconômico, lugar de origem e existência de doenças.

A doença vem sendo usada como fator explicativo para desvios de indivíduos dentro da sociedade, fenômeno este que pode ser chamado de biologização. Assim, as propriedades são reificadas, ou seja, ganham uma localização e são tratadas medicamente; quer dizer, são vistas como causadas por acontecimentos no cérebro dos indivíduos, associadas a modificações nas quantidades de algumas substâncias químicas (Lewontin, Rose, Kamin, 2003).

Esse processo de biologização, sobretudo de questões sociais conflitantes, geralmente se dá em momentos de grande tensão social. Isso ocorreu, por exemplo, na década de 1960, quando a ciência "comprovou" que o homem branco era geneticamente superior ao homem negro, em termos intelectuais; que as mulheres e os homens apresentavam diferenças intelectuais em razão de uma diferença neurológica, também geneticamente determinada (Collares, Moyses, 1996).

A biologização da não-aprendizagem é muito comum no meio escolar, fazendo com que a responsabilidade pelas reprovações e pela evasão escolar recaia sobre as doenças. Ao biologizar questões sociais, todo o sistema social se torna isento de responsabilidades. Na escola, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções médicas, inacessíveis à educação (Collares, Moyses, 1996). Assim, para alguns professores, médicos e pais, além das próprias crianças, os indivíduos muito ativos, e que não prestam atenção como deveriam, possuem algum problema de saúde (Conrad, Schneider, 1992).

Tratar esses comportamentos indesejáveis como um problema médico foi, e continua sendo, bem-aceito na sociedade, e os motivos são diversos. Para os médicos, por exemplo, a terapêutica é relativamente simples (prescrição de um medicamento) e os resultados podem ser excelentes, do ponto de vista clínico. Por sua vez, o diagnóstico do TDAH indica uma doença possível de ser tratada, o que diminui a culpabilização dos pais e faz com que estes possam ver o diagnóstico com bons olhos. Além disso, o medicamento, frequentemente, torna a criança menos agitada na sala de aula e, muitas vezes, facilita a aprendizagem, resolvendo o problema também na escola (Conrad, Schneider, 1992).

## 5 O efeito de arco no TDAH

Hacking (2007) escreve que, por trás de cada classificação, existe uma estrutura que engloba cinco aspectos primários: a classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas. A classificação em si gera os tipos de pessoas. As crianças com TDAH são um tipo de pessoa, formado por indivíduos que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. Muitas vezes o indivíduo, ou a sua família, no caso do TDAH, passam a ver certas características da classe como problemas somente após o diagnóstico.

As instituições confirmam a existência dessa classificação e são um meio de legitimar aquele tipo de pessoas. Um exemplo de instituição é, nesse caso, o DSM-IV, uma forma de legitimar e justificar o diagnóstico de transtornos mentais. O DSM-IV apresenta uma série de características de comportamento, como pode ser visto no item 3, que indica se a criança apresenta ou não o TDAH. Esses critérios são interpretados pelo especialista, por meio da descrição dos familiares e educadores da criança.

Assim, o conhecimento e os especialistas detêm o poder de decidir quem é doente e quem não é, quem apresenta TDAH e quem é normal. O diagnóstico do transtorno é essencialmente clínico, não há

exames laboratoriais ou de imagem que possam auxiliar nessa decisão. O especialista conta apenas com seus conhecimentos técnicos, os critérios do DSM-IV e as informações provenientes das pessoas ligadas à criança para traçar o diagnóstico e indicar a terapêutica adequada para o caso.

Com o diagnóstico dado e, geralmente, com um medicamento prescrito, a criança volta à sua casa e à sua escola com um transtorno psiquiátrico. Na seção 2.2, foi dito que as classificações interagem com os indivíduos classificados, e que essa interação se dá pelo efeito de arco. A tendência é pensar que esse efeito de arco ocorre somente em pessoas que tenham consciência do nome que lhes foi dado, ou seja, em pessoas que compreendem o significado da sua doença.

E se o indivíduo não tem consciência da classificação, como pessoas que não compreendem a linguagem, bebês ou crianças pequenas (Hacking, 2006)? Muitas vezes as crianças são diagnosticadas com TDAH antes de terem condições de entender o seu significado. Bem, nesses casos, poderíamos dizer que o efeito de feedback é impossível. Porém, Hacking (2006) afirma que os efeitos de arco envolvem unidades muito mais amplas, como a família e, talvez, no caso específico do TDAH, envolva também a escola. É impossível acreditar que esse rótulo não vai ter influência em inúmeras decisões que a família e, posteriormente, o adulto diagnosticado com TDAH, na infância, irão tomar.

A partir de um diagnóstico bem estabelecido, qualquer comportamento inesperado da criança passa a ser justificado pela doença que ela apresenta. As atitudes das pessoas ao seu redor se modificam em função do diagnóstico e das características consideradas como devidas à doença. Essa mudança afeta a criança com TDAH, fazendo com que ela mesma se veja de uma forma diferente, e assim ocorre o efeito de arco.

A fala de uma mãe, retirada do trabalho de Uribe e Roja (2007), ilustra como um diagnóstico, uma classificação, pode mudar o ambiente em que a criança vive:

[Depois de receber o diagnóstico] já todos entendemos. Todos tentamos mudar as atitudes com ele. [...] Não é que se faz de surdo. [...] a professora nos disse que ele mudou cem por cento, na atitude com seus colegas, tudo. [...] [a professora] o tinha rotulado. Julgava-o por coisas que ele não havia feito. Ao saber que o menino tinha isso [TDAH], a professora também passou a vê-lo diferente. A não vê-lo mais como a criança que tem culpa de tudo, mas sim como uma criança hiperativa. [...] Não porque ele queira, digamos assim. O diagnóstico mudou a vida de Rodrigo. Bastante. (Uribe, Roja, 2007, p.279)

Como foi dito no item 2.2, o efeito de arco pode apresentar dois efeitos diferentes, que Hacking chamou de efeito feedback positivo e efeito feedback negativo (Hacking, 2006). Dessa forma, poder-se-ia sugerir que a maior parte das crianças com TDAH acaba apresentando um feedback positivo, em resposta ao seu modo de vivenciar a condição e ao modo como a família e a escola passam a tratá-la após o diagnóstico. Esses comportamentos reforçam as características da doença, podendo fazer com que a criança se perceba como doente e aja como tal.

A partir do momento em que alguém entra para o rol dos doentes deve haver um tratamento disponível para tratar essa condição. Em geral, acredita-se que a criança com TDAH deva receber um medicamento para corrigir seus comportamentos desviantes para continuar vivendo em sociedade e entrar novamente nas suas normas e regras.

Peter Conrad (Conrad, Schneider, 1992) chama esse controle do desvio e a promoção da conformidade social de controle social. Aquele que foge das normas deve ser controlado, para que a sociedade, ou a família, ou a escola, voltem ao seu "estado normal". Conrad sustenta que existe o nível formal e o nível informal de controle social. O controle informal abrange tanto o autocontrole (internalização de normas, crenças, morais e a chamada "consciência") quanto o controle relacional (relações do dia a dia), e inibe o comportamento individual considerado desviante. Por exemplo, alguém pode sair de casa com vontade de brigar com a primeira pessoa que encontrar pelo caminho; porém não irá fazê-lo, tanto pelas suas crenças morais e consciência, quanto pelo que os outros vão pensar e dizer sobre esse ato.

O controle social formal engloba as formas institucionalizadas de controle, como: o sistema jurídico, policial, educacional, de assistência social e até o sistema de saúde. São as formas "oficiais" de controle, aquelas que ninguém está apto a questionar se não for especialista na área. Por serem tão

aceitas e, no caso específico do sistema de saúde, por possuir um respaldo da ciência, suas consequências são geralmente muito mais profundas e duradouras, tanto para o indivíduo classificado quanto para a sociedade e o meio em que ele vive (Conrad, Schneider, 1992).

Assim, ser diagnosticado com TDAH por uma instituição oficial leva a uma mudança de comportamento, não só nos indivíduos diagnosticados, assim como em toda a sua rede social, que, por sua vez, acaba também por influenciar esse indivíduo, e assim por diante. O que nos leva a sugerir um efeito de arco com feedback positivo é a aceitação e o reforço das características pelas quais foi feito o diagnóstico, que devem então ser tratadas para que o meio volte à normalidade.

## 6 Considerações finais

É muito comum pensar que várias formas de sofrimento, mal-estar e distúrbios psíquicos podem ser causadas, tratadas e curadas unicamente por meio da biologia (Legnani, Almeida, 2004). A prática de transformar problemas sociais em patologias tira as responsabilidades pelos desvios das mãos do sistema, família, indivíduo e sociedade em geral, para torná-los doenças, passíveis de serem tratadas com uma "bala mágica", para utilizar o termo de Lewontin (Lewontin, Rose, Kamin, 2003).

Um comportamento agitado ou desatento de uma criança pode vir, eventualmente, a ser considerado desviante. A escola, sobrecarregada de alunos, não tem condições de lidar com essa situação e, muitas vezes, transfere a responsabilidade por uma criança considerada problemática, para o sistema de saúde. O sistema de saúde, por sua vez, está estruturado de forma a diagnosticar e tratar doenças e, por essa razão, geralmente dá aos que o procuram um diagnóstico e um medicamento.

O ideal de saúde da medicina atual, dita científica (que define saúde como ausência de doença), concebe o corpo como uma máquina que pode ser consertada se, porventura, apresentar algum defeito. Esse modelo não leva em consideração o fato de que não existe uma máquina corporal perfeita, em relação à qual se poderia considerar outra defeituosa, ou seja, uma máquina perfeita a partir da qual as demais seriam comparadas (Martins, 2004).

O crescimento das ansiedades e exigências culturais sobre o desenvolvimento infantil e seu bem-estar, dos últimos anos, é o principal responsável, segundo Timimi (2002), pela construção do TDAH como uma doença biomédica. Quer dizer, além de expectativas sobre o funcionamento da "máquina", existem também expectativas sobre seu comportamento. O ser humano perfeito seria aquele que obedece às normas, de forma submissa.

A natureza altamente subjetiva da definição de TDAH possibilita uma série de interpretações, fazendo com que esse diagnóstico seja colocado como um depósito de uma variedade de problemas (Timimi, 2002), geralmente não solucionados no âmbito escolar. Por essa subjetividade, corre-se o risco de tratar uma criança "normal" como "doente", levando a própria criança a incorporar essa doença e se considerar realmente doente, e se ver incapaz, mesmo depois de adulta, de realizar atividades do cotidiano como outra pessoa considerada "normal".

Apesar do efeito de arco com feedback positivo que ocorre no TDAH e do controle social decorrente dessa condição, o diagnóstico pode apresentar um lado benéfico, de "libertação" da culpa, tanto da criança quanto de sua própria família, que deixam de ser vistas como culpadas pelo comportamento indesejável. A criança sai do rótulo de malcriada para o de doente (Silva, 2009). Seu problema passa a ser localizado no cérebro, em neurotransmissores e, portanto, relativamente mais fácil de ser "curado" ou controlado.

Nos parece que a tolerância social com os diferentes está muito baixa, a ponto de as pessoas preferirem serem chamadas de doentes mentais do que de preguiçosas ou desorganizadas. Pode estar ocorrendo um processo em que a doença é tolerada, pois pode ser tratada e controlada, e, por outro lado, se acredita que a personalidade, entendida como aquilo que gera o comportamento, é algo menos palpável, mais difícil de controlar. Para tratar indivíduos que tenham algum distúrbio psiquiátrico, atualmente, não se utiliza mais o internamento e o encerramento, mas sim a medicalização. Os corpos são docilizados não pelo encerramento físico, manicomial, mas pelo encerramento psíquico, pelo uso de psicofármacos que modelam condutas, hábitos e pensamentos (Caponi, 2009).

### Colaboradores

Fabiola Stolf Brzozowski foi responsável pela redação e organização do artigo. Jerzy André Brzozowski redigiu também parte do artigo. Sandra Caponi supervisionou o processo todo de trabalho. Além dos papéis específicos que cada autor desempenhou, os três contribuíram igualmente para a discussão e revisão do manuscrito.

### Referências

ANDRADE, E.R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arqu. Neuropsiquiatr.**, v.62, n.1, p.81-5, 2004.

BARRETT, J.R. Hyperactive ingredients? **Environ. Health Perspect.**, v.115, n.12, p.A578, 2007.

BLECH, J. **Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes:** Colección Imago Mundi. Barcelona: Destino, 2005. v.65.

BOYD, R. Metaphor and theory change: what "metaphor" is a metaphor for. In: ORTONY, A. (Org.). **Metaphor and thought.** Cambridge: Cambridge University Press, 1986. p.356-408.

BRZOZOWSKI, F.S. **Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade:** medicalização, classificação e controle dos desvios. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.1, p.94-103, 2009.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. **Preconceitos no cotidiano escolar:** ensino e medicalização. São Paulo: Cortez, 1996.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J.W. **Deviance and medicalization:** from badness to sickness: with a new afterword by the authors. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HACKING, I. Kinds of people: moving targets. **Proc. Br. Acad.** v.151, p.285-318, 2007.

\_\_\_\_\_. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In: RUSSO, M.; CAPONI, S. (Orgs.). **Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas.** São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p.305-20.

\_\_\_\_\_. **The social construction of what?** Cambridge: Harvard University Press, 1999.

\_\_\_\_\_. A tradition of natural kinds. **Philos. Stud.**, v.51, p.109-26, 1991.

KONOFAL, E. et al. Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. **Pediatr. Neurol.**, v.38, n.1, p.20-6, 2008.

LEGNANI, V.N.; ALMEIDA, S.F.C. A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais. **Estilos Clín.**, v.9, n.16, p.102-21, 2004.

LEWONTIN, R.C.; ROSE, S.; KAMIN, L.J. **No está en los genes:** racismo, genética e ideología. Barcelona: Romanyà/Valls, 2003.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.14, p.21-32, 2004.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877-1929. **Interdiscip. J.**, v.22, p.93-115, 2001.

ROHDE, L.A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr.**, v.80, n.2, supl., p.561-70, 2004.

SILVA, A.B.B. **Mentes inquietas**: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

STILL, G.F. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. **J. Atten. Disord.**, v.10, n.2, p.126-36, 2006.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood**. New York: Brunner-Routledge, 2002.

TSOU, J.Y. Hacking on the looping effects of psychiatric classifications: what is an interactive and indifferent kind? **Int. Stud. Philos. Sci.**, v.21, n.3, p.325-40, 2007.

URIBE, C.A.; ROJA, R.V. Factores culturales en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: habla la mamá. **Rev. Colombiana Psiquiatr.**, v.36, n.2, p.255-91, 2007.

VASCONCELOS, M.M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade numa escola pública primária. **Arqu. Neuropsiquiatr.**, v.61, n.1, p.67-73, 2003.

ZAVASCHI, M.L.S. et al. Transtornos do comportamento na infância. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Orgs.). **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.943-54.

BRZOWSKI, F.S.; BRZOWSKI, J.A.; CAPONI, S. Clasificaciones interactivas: el caso del Trastorno de Déficit de Atención con Hiper-actividad infantil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.891-904, out./dez. 2010.

El filósofo de la ciencia Ian Hacking dice que nuestro mundo es un mundo de clasificaciones y que estas clasificaciones tienen efectos particulares cuando se refieren comportamientos de personas. En este trabajo se pretende discutir como el diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiper-actividad (TDAH) infantil puede funcionar como una clasificación y así afectar el comportamiento de los niños diagnosticados. Inicialmente se realiza una discusión sobre la función de las clasificaciones en la ciencia. A partir de estas consideraciones un modelo más general sobre la interacción entre clasificaciones y clasificados se propone con base en la distinción de Ian Hacking entre tipos indiferentes e tipos interactivos así como también la noción de efecto de arco propuesta por este autor. Por fin el modelo se aplica al TDAH donde se realizan consideraciones relacionadas a las nociones de control social de Peter Conrad.

*Palabras clave:* TDAH. Efecto de arco. Clasificación de personas. Medicación de la infancia.

Recebido em 15/09/09. Aprovado em 13/03/10.