

O TDAH NA FRANÇA: A EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS

ADHD IN FRANCE: THE EXPERIENCE OF FAMILIES

*Luciana Caliman
Maria Renata Prado*

Resumo:

A "agitação" da criança, a impulsividade e os problemas de atenção são, na maioria dos vezes, classificados como sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cujo tratamento frequente é a prescrição de metilfenidato. Desde os anos de 1990, principalmente nos Estados Unidos e no Brasil, o consumo desta molécula tem crescido exponencialmente. Na França o uso desta substância é ainda limitado e o número de pacientes para os quais ela é prescrita está bem abaixo do universo de sujeitos diagnosticados com TDAH. Nos últimos anos observa-se, no entanto, um rápido crescimento das vendas de metilfenidato e o fortalecimento da visão biomédica dos problemas de hiperatividade e atenção. O objetivo deste artigo é colocar em análise a experiência de famílias francesas face ao diagnóstico e a prescrição de metilfenidato. Esta reflexão parte de uma pesquisa de pós doutorado intitulada "A medicalização das dificuldades de aprendizagem na escola: uma comparação entre o Brasil e a França". Entre efeitos de desculpabilização e as inquietudes ligadas à administração do metilfenidato, as famílias entrevistadas revelam as controvérsias e paradoxos dos efeitos do diagnóstico de TDAH na França.

Palavras-chave: Família; TDAH; França.

The "agitation" of the child, the impulsiveness and attention problems are, in most of the cases, classified as symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), whose frequent treatment is the prescription of methylphenidate. Since the 1990s, especially in the United States and Brazil, the consumption of this molecule has grown exponentially. In France the use of this substance is still limited and the number of patients for whom it is prescribed is well below the universe of subjects diagnosed with ADHD. In recent years, however, there has been a rapid growth in sales of methylphenidate and the strengthening of the biomedical vision of the problems of hyperactivity and attention. The aim of this article is to analyze the experience of French families in the diagnosis and prescription of methylphenidate. This reflection is based on a postdoctoral research entitled "The medicalization of learning difficulties in school: a comparison between Brazil and France". Between the effects of exculpabilization and the concerns related to the administration of methylphenidate, the families interviewed reveal the controversies and paradoxes of the effects of the diagnosis of ADHD in France.

Keywords: medicalization; family, ADHD; France.

INTRODUÇÃO

Em 1976, em uma das primeiras análises sociológicas sobre o transtorno de hiperatividade, Peter Conrad publica um livro propondo que tal categoria diagnóstica poderia ser vista como exemplo de um processo da medicalização que, através da extensão da autoridade médica para novos domínios da vida pessoal e social, busca ampliar e fortalecer o controle social de crianças que apresentam comportamentos problemáticos. Para Navarro e Vrecko (2017), como resultado da popularização do trabalho de Conrad e de vários outros estudos que seguem a mesma direção analítica, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) transformou-se, ao

longo dos anos, em um dos transtornos mentais infantis mais estudados e controversos. Para alguns autores, as controvérsias em torno do diagnóstico nascem primeiramente de sua face interna. Os sintomas que definem o transtorno (desatenção, impulsividade e hiperatividade) são, em menor grau, traços comuns do comportamento humano. Todo indivíduo é, em certa medida, um pouco desatento, impulsivo, desorganizado (GORDON e KEISER, 1998; LIMA, 2005; CALIMAN, 2008). Fortalecendo seu caráter controverso, muitos outros aspectos fazem com que o diagnóstico do TDAH seja descrito como uma polêmica internacional: o aumento do número de casos identificados em crianças, adolescentes e adultos; a disseminação das prescrições de estimulantes e a proliferação dos processos legais que, com base na evidência do diagnóstico, pleiteavam o direito à educação especial; o crescimento da indústria e ciência farmacêutica com suas estratégias de marketing; a expansão da utilização não médica de psicoestimulantes, na qual jovens e adultos tomam o medicamento para melhorar a performance cognitiva ou para fins recreativos, etc. (CALIMAN, 2008; 2009).

Aparentemente na contramão da tendência global de expansão do diagnóstico de TDAH e do metilfenidato, a França tem sido referida como um país no qual *o TDAH não existe*¹. A pergunta sobre como a epidemia do Déficit de Atenção, que se tornou firmemente estabelecida em vários países do mundo, é quase desconsiderada com relação a crianças francesas é seguida de análises que enfatizam que, na França, há o predomínio de uma visão psicodinâmica e

¹ Em um texto de 2013 intitulado “Por que as crianças francesas não têm Déficit de Atenção?” (disponível em <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2013/05/deficit-de-atencao-nas-criancas-francesas.html>> . Acesso em 13 de maio de 2018), amplamente divulgado nas mídias sociais no Brasil, Marilyn Wedge relata que nos Estados Unidos 9% das crianças em idade escolar foram diagnosticadas com TDAH e estão sendo tratadas com medicamentos enquanto na França a percentagem de crianças diagnosticadas e medicadas para o TDAH é inferior a 0,5%.

holística, tanto no que tange às causas quanto às direções de tratamento dos problemas de atenção e hiperatividade. Ao mesmo tempo, considera-se que o modelo de educação familiar francês, ao estabelecer limites para as crianças desde cedo, seria menos propiciador de comportamentos hiperativos, quando comparados ao modelo Americano e de outros países. No entanto, para Akrich e Rabeharisoa (2018) tais afirmativas negligenciam as transformações no cenário francês em torno do TDAH nos últimos 15 anos. Em um estudo cuidadoso de 13 relatórios oficiais, publicados por instituições francesas entre 1999 e 2014, e da produção científica e pública sobre o TDAH na França, os autores analisam a emergência do transtorno como uma questão pública no final dos anos de 1990 e examinam como, a partir de então, tem se dado o debate político e acadêmico em torno do TDAH e seus principais desafios.

Com o intuito de somar-se às pesquisas atuais que abordam as especificidades e contradições francesas no que tange ao diagnóstico de TDAH, o objetivo deste artigo é analisar a experiência de famílias francesas com relação ao diagnóstico e a prescrição do metilfenidato. Esta reflexão baseia-se em uma pesquisa de pós-doutorado intitulada "A medicalização das dificuldades de aprendizagem na escola: uma comparação entre o Brasil e a França", financiada pelo Centro Universitário de Informação Pedagógica (CUIP - França).

No interior dos discursos sobre o diagnóstico de TDAH como resultante de um processo de medicalização, as famílias que aderem ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso não raramente são criticadas por “não se responsabilizarem” pelos filhos e procurarem o caminho “mais fácil”. No entanto, pesquisas com familiares de TDAH na França e no Brasil problematizam esse discurso e revelam sua profunda implicação no cuidado dos crianças, na busca por alternativas e formas de lidar com as queixas e pressões que chegam principalmente da escola (CALIMAN *et al.*, 2017; Béliard *et al.* 2018, no prelo). Nesta mesma direção analítica, em pesquisa recente

com famílias integrantes da associação *HyperSupers TDA/H France*, Béliard *et al.* (2018, no prelo) buscam relativizar a assertiva de que quando na França ocorre a opção pelo tratamento medicamentoso para crianças diagnosticadas com TDAH tal escolha resulta de um processo de medicalização (pelos familiares e responsáveis) das dificuldades escolares. Os autores analisam as contradições envolvidas na decisão familiar de dar ou não o medicamento e de assumir ou não o diagnóstico de TDAH. A experiência do familiar quando acessada e considerada complexifica as análises dando novas nuances para as controvérsias em torno do TDAH.

O TDAH NA FRANÇA

O diagnóstico de TDAH tornou-se uma questão científica e pública na França somente tardiamente, quando comparado à realidade de outros países europeus (AKRICH e RABEHARISOA, 2018). Foi apenas durante a primeira metade dos anos 2000 que os estudos científicos sobre o TDAH decolaram na França², embora ainda de forma modesta. Até 2005, acreditava-se que o transtorno acometia principalmente crianças e o primeiro livro sobre o diagnóstico na vida adulta foi publicado somente em 2005. O principal grupo de familiares e pacientes com TDAH, *HyperSupers TDA/H France*, foi fundado em 2002 e somente a partir de então passou a contribuir na publicização do diagnóstico, demandando sua inclusão na agenda política e científica francesa (EDWARDS e al., 2014).

No que diz respeito ao uso de psicoestimulantes, o metilfenidato é o único medicamento indicado para o tratamento farmacológico do TDAH na França. De acordo com a *Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments* (ANSM, 2013 e 2017), a prescrição do metilfenidato para

² Na mesma época que Espanha e Holanda, mas cerca de 7 anos mais tarde que Alemanha e Inglaterra (AKRICH e RABEHARISOA, 2018).

crianças diagnosticadas com TDAH teve início nos anos de 1980, mas manteve-se limitada durante os 10 anos seguintes. Desde então, dois relatórios sobre dados de uso e segurança do metilfenidato foram publicados, respectivamente em 2013 e 2017 (ANSM, 2013 e 2017). Na análise de tais documentos, vê-se que o medicamento foi progressivamente incorporado ao cenário francês como estratégia de tratamento do TDAH. Os dados publicados revelam um forte aumento da utilização de metilfenidato ao longo dos anos. Em 1996, foram vendidas cerca de 26.000 caixas de metilfenidato, em 2005 este número aumentou para 220.000 e em 2014 para mais de 600.000. As vendas calculadas em número de Dose Diária Definida (DDD) por 1.000 habitantes mostram que, desde o início da liberação de sua comercialização na França, a utilização do medicamento passou de 0,01 em 1996 para 0,18 em 2005 e 0,43 em 2012 (ANSM, 2017).

Embora possamos identificar um crescimento do consumo do metilfenidato, o mesmo foi acompanhado de medidas cautelosas e mesmo restritivas por parte das autoridades Francesas. Em dezembro de 2014, o HAS (Haute Autorité de Santé)³ publicou um relatório intitulado "*Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*"⁴, que visava orientar o sistema de cuidados em relação ao diagnóstico de TDAH e seu tratamento. No documento é afirmado que uma gestão não farmacológica deve ser implementada como primeira opção combinando-se, em função das necessidades da criança, medidas psicológicas, educacionais e sociais. Enfatiza-se ainda que o tratamento com metilfenidato não é indicado

³ O HAS é uma autoridade pública independente que contribui para a regulação do sistema de saúde francês através da qualidade. Ela realiza suas missões nas áreas de avaliação de produtos de saúde, praticas profissionais, organização de cuidados e saúde pública.

⁴ Condução diante de uma criança ou adolescente que possa apresentar um déficit de atenção com ou sem hiperatividade (tradução própria).

para todas as crianças que apresentam TDAH. A decisão de prescrever o medicamento deve ser fundamentada sobre uma avaliação rigorosa da severidade e cronicidade dos sintomas, bem como de seu impacto sobre o funcionamento social, familiar e escolar. No relatório da HAS, a gestão educacional apropriada de pacientes com TDAH é vista como essencial e a intervenção psicossocial como quase sempre necessária. O documento ressalta que somente se tais medidas forem insuficientes o tratamento medicamentoso pode ser iniciado. Ao mesmo tempo, na França, a prescrição de metilfenidato para indivíduos diagnosticados com TDAH na vida adulta não é recomendada. De acordo com o relatório da *Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments*⁵, as condições de prescrição e entrega de metilfenidato postas em prática parecem limitar as práticas de uso indevido e abuso do metilfenidato. Ao estar na lista de entorpecente, o medicamento deve obedecer a condições restritas de prescrição e dispensa. Seu uso prolongado não é incentivado, recomendando-se que o tratamento seja interrompido ao menos uma vez por ano e reavaliado.

No entanto, mesmo com as indicações de uso cauteloso do metilfenidato, após 15 anos desde sua emergência como questão científica e pública, o TDAH passou a ser visto como um problema médico sério, embora sua legitimação progressiva não tenha envolvido um posicionamento científico e médico unívoco e consensual. Além disso, há uma forte recusa da medicação nos discursos públicos, sendo constantemente vista como uma prática medicalizante que mascara a análise e tratamento das possíveis causas reais dos problemas de atenção e hiperatividade.

Atualmente, as divergências quanto às causas e efeitos do TDAH se presentificam na França por uma clara oposição entre as abordagens psicanalítica e neurocientífica. Psicanalistas, mas também profissionais da infância, jornalistas e intelectuais

⁵ Agência nacional para a segurança dos medicamentos (tradução própria).

vêm na inflação de diagnósticos de TDAH derivas do processo de medicalização, da invenção de transtornos pela indústria farmacêutica e de uma normalização social do discurso empresarial e das medidas de avaliação (DIENER, 2011). Opondo-se à tais análises, principalmente entre os profissionais da saúde, fortalecem-se as concepções neurobiológicas da agitação e da (des) atenção, que defendem a legitimação de um transtorno ainda mal conhecido e sub-diagnosticado na França (ACQUAVIVA e DUHAMEL, 2012).

A oposição entre profissionais pró e contra o TDAH e a Ritalina se concretiza, por exemplo, na criação de fortes grupos de resistência como o *Collectif des 39*, formado por profissionais que questionam o reconhecimento do TDAH como doença e a prescrição de medicamento para o tratamento da agitação. Por ocasião da realização da conferência “TDAH e acesso aos tratamentos”, este grupo de profissionais, presente na parte externa do anfiteatro da Universidade de Paris Nanterre, onde estava sendo realizado o evento, distribuía panfletos denunciando o projeto político de “corrida pelo diagnóstico precoce e de medicação dos transtornos da infância”. Como protesto a uma conferência patrocinada pelas altas autoridades do país, apresentavam uma faixa com os dizeres “Tyraline efface les tumultes de l’enfance – sponsor du meeting”⁶. A realização da conferência na Universidade de Paris Nanterre foi também fortemente criticada pela Associação pela Psicanálise que, sob a pluma do seu presidente Gérard Pommier, reagiu vigorosamente encaminhando três cartas endereçadas à organizadora da conferência e presidente da associação *HyperSupers*, à Ministra da Saúde e das Solidariedades e também ao Presidente da República.

Diversas reações de coletivos como o *Collectif des 39*, mas também de professores em Ciências da Educação, se insurgiram

⁶ “Tyralina, apaga os tumultos da infância – patrocinadores da conferência” (tradução própria). O nome Tyraline (tirania+ritalina) é utilizado como denúncia dos aspectos tiranos do uso da Ritalina e do suposto patrocínio da conferência pela indústria farmacêutica.

contra a nomeação recente do Professor Stanislas Dehaene, especialista em psicologia cognitiva e em neurociências, para o Conselho Científico da Educação Nacional. Jean Michel Blanquer, Ministro da Educação, e Dehaene são acusados de impor o emprego de uma nova pedagogia “baseada em evidências”, semelhante ao que é praticado na medicina (Medicina Baseada em Evidências). A nomeação de Dehaene e as direções afirmadas pelo Conselho Científico da Educação Nacional são vistas como parte de um processo de legitimação política das concepções neurocientíficas dos problemas de aprendizagem e do comportamento e têm sido fortemente criticadas na França.

Os aspectos acima destacados nos dão pistas para analisar o cenário atual no qual se delineiam as controvérsias em torno do TDAH. Neste artigo, interessa colocar em análise como os familiares de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH vivem os efeitos do diagnóstico e do medicamento, em um contexto no qual imperam as controvérsias e incertezas em torno do TDAH e do uso do metilfenidato.

METODOLOGIA

Este artigo apresenta reflexões relacionadas à realização de uma pesquisa de cunho qualitativo na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco familiares de crianças diagnosticadas com TDAH, durante o ano de 2017 em Île-de-France. Todos os cinco familiares entrevistados eram mulheres, mães de crianças diagnosticadas com TDAH.

Natalie, que possui 5 filhos, teve suas duas filhas de 22 e 32 anos diagnosticadas com hiperatividade e o filho de 13 com dislexia e hiperatividade. A mãe nos conta que recentemente recebera também o diagnóstico de TDAH. A mesma trabalha na secretaria de um hospital. A entrevista foi realizada com Natalie e o adolescente de 13 anos. O pai chegou no momento final, participando um pouco do processo.

Chantal é psicóloga e diretora de um SEGPA⁷. O filho de 13 anos foi diagnosticado como hiperativo/superdotado. A entrevista foi realizada com a mãe sem a presença do pai e da criança. Laura é professora de escola primária, casada com um profissional da área de construção e possui duas filhas, uma de 16 anos e a outra, diagnosticada com hiperatividade, de 12 anos. A entrevista foi realizada somente com a mãe. Helène está desempregada e o marido trabalha como porteiro. Possui 3 filhos: 2 meninos e uma menina. O maior, de 10 anos, foi diagnosticado com hiperatividade. A entrevista foi realizada com a mãe apenas. Aurélie é solteira e enfermeira. Mãe de 2 meninos, o primeiro de 8 anos foi diagnosticado com dislexia e o segundo, de 10 anos, com hiperatividade. A entrevista foi realizada com a mãe, em presença dos filhos⁸. Todas as famílias entrevistadas moram em uma região da *Ile de France* na qual existe uma grande dificuldade de acesso ao percurso institucional e profissional que leva ao diagnóstico de TDAH e seu tratamento. Nos hospitais nos quais é possível ter consultas com um médico especialista a espera é de um ano e meio e são raros os médicos “prescritores” (como qualificam diversas mães), que podem receitar o medicamento. Além disso, de acordo com Helène, não há neuropsicólogos na região. Diferentemente de estudos recentes realizados na França (BÉLIARD, 2018, *et al.*, no prelo; VERGNAUD-GÉTIN, 2011; JUPILLE, 2014), as famílias entrevistadas não fazem parte da Associação *HyperSuper TDA/H France*. Béliard *et al.* (2018, no prelo) afirmam que, para se ter um diagnóstico

⁷ Os SEGPA são parte integrante dos colégios, em termos de gestão administrativa e pedagógica, e destinam-se à estudantes de educação geral e profissionais adaptados (EGPA), como apresentando dificuldades acadêmicas sérias e duradouras que não poderiam ser sanadas pelas ações de prevenção, ajuda e apoio (<http://eduscol.education.fr/cid46765/sections-d-enseignement-general-et-professionnel-adapte.html>).

⁸ Embora algumas entrevistas tenham se dado na presença dos filhos e em alguns momentos os mesmos tenham participado e compartilhado sua experiência de ser diagnosticado e tomar Ritalina, neste artigo colocamos em análise apenas a experiência do familiar.

na França, as famílias precisam de recursos importantes em termos de tempo, condição financeira, rede de relações pessoais e também de compreender o funcionamento de universos profissionais complexos. Para os autores, a participação das famílias na associação *Hypersuper* parece facilitar este processo, pois permite maior acesso à informações e debates em torno do TDAH, proporcionando também uma rede de contatos e de troca de experiências. Assim, na pesquisa realizada por Béliard *et al.* (2018, no prelo), o fato das famílias serem “Hyper-situées” e “mobilisées”, como definem os autores, facilitou também o compartilhamento de suas experiências no âmbito da pesquisa.

Ao direcionar-se para famílias não associadas, nossa pesquisa deparou-se com a dificuldade de acesso à famílias que, na França, parecem sofrer com as moralizações e estigmas que atravessam a experiência de ser diagnosticado com TDAH e optar pelo tratamento medicamentoso. Segundo Natalie, mãe de duas filhas diagnosticadas com hiperatividade “na França a gente se envergonha, aqui é tabu essa questão da hiperatividade (...) dar drogas para os filhos, principalmente para tratar uma doença tão polêmica, é muito mal visto”. Laura, outra mãe entrevistada, compartilha opinião semelhante: “dar remédio não é muito bem visto. Nós não dizemos que nossa filha está sob ritalina. Nossos amigos íntimos sabem, mas há uma vergonha de dar isso a seu filho porquê... O problema da desordem da atenção é que colocam tudo nas costas das famílias, falta de enquadramento... dar remédio para seu filho quando o problema é falta de limite é visto como abandono de educação ...”. Esta “vergonha”, da qual nos fala Natalie e Laura, foi sentida na dificuldade de encontrar pessoas que quisessem compartilhar suas experiências. Foi apenas através de contatos pessoais que se tornou possível o acesso aos entrevistados.

As entrevistas com as 5 famílias foram realizadas nas casas dos entrevistados e duraram entre 50 minutos e 1:30. Todas elas foram gravadas e posteriormente transcritas. Um diário de campo (LOURAU, 1988) foi também utilizado

pois, ao interromper o gravador, várias questões importantes foram abordadas. Entre efeitos de desculpabilização e as inquietudes ligadas à administração do metilfenidato, as famílias entrevistadas revelam as dificuldades e dilemas vividos quando afetadas pelas controvérsias e paradoxos em torno do diagnóstico de TDAH e do metilfenidato na França.

A BUSCA PELO DIAGNÓSTICO DE TDAH E SEUS EFEITOS

Uma pesquisa realizada pela associação *HyperSuper TDA/H France*, em 2011, sobre a experiência de famílias francesas com o sistema de saúde e educação revelava que, naquela época, o tempo de “errância” antes de uma família receber um diagnóstico de TDAH variava entre 24 a 29 meses (VERGNAUD-GÉTIN, 2011). As famílias, todas elas integrantes da associação, em sua grande maioria diziam que o primeiro profissional com o qual as crianças tiveram uma consulta pouco ou quase nada sabia sobre o diagnóstico, mas uma vez diagnosticadas, o tratamento parecia seguir satisfatoriamente. A grande questão colocada era o custo do cuidado, estimado ser de 200 euros por mês, uma vez que os pacientes estavam envolvidos em diversos tratamentos como psicoterapia, fonaudiologia, terapia psicomotora e nem todos estes serviços eram cobertos pelo sistema público de saúde. Além disso, embora quase a metade das crianças dos familiares entrevistados tivessem sido beneficiadas por um plano escolar personalizado, muitas dificuldades eram ainda relatadas.

Como dissemos anteriormente, a pesquisa realizada pela *Hypersuper* necessita ser considerada em sua especificidade, dada a vinculação das famílias entrevistadas com a associação e sua condição sócio-econômica. Em certa medida, se tais famílias encontram dificuldades no processo de receber (ou não) o diagnóstico, as mulheres que entrevistamos relatam experiências por vezes mais extremas. Laura, depois de passar por diversos psicanalistas que, segundo ela, “não ajudaram

muito”, relata o sofrimento ressentido na busca de um profissional que pudesse realizar os testes necessários para obter o diagnóstico da sua filha. “Eu chorava no telefone para que as secretárias pudessem encontrar um horário para mim”. Ao conseguir finalmente uma consulta com o médico especialista, Laura ainda teve dúvidas sobre o diagnóstico: “Eu também fui ver o meu médico de clínica geral que eu conheço há muito tempo para perguntar a opinião dele. Em nossa família nós temos também um médico, ele também pesquisou, se informou com seus colegas, mas o que eu queria era marcar consulta com outro psiquiatra infantil para ver se ele fazia o mesmo diagnóstico, mas obviamente era impossível, eu já tive a “chance” de ter o primeiro”.

Às dificuldades vividas no processo de “ter um filho com problemas de aprendizagem”, soma-se o sofrimento e cansaço produzido pela falta de acesso à informação, pelo desconhecimento dos percursos institucionais e profissionais que possibilitam (ou não) o diagnóstico e as controvérsias que o atravessam. “O percurso é muito cansativo, tanto fisicamente como psicologicamente”, relata uma das mães.

Para algumas das mães entrevistadas a preocupação teve início já na escola maternal, a partir dos retornos negativos da instituição: era dito que a criança era lenta demais ou, diversamente, incontrolável. Iniciava-se aí a necessidade de compreensão das dificuldades de escolarização da criança e a busca por respostas através de idas à fonoaudiólogos⁹, psicólogos, médicos, demandando um longo tempo de busca e espera, além de recursos financeiros nem sempre disponíveis.

⁹ Nas últimas décadas as consultas à fonoaudiólogos na França têm aumentado consideravelmente. Não é raro encontrarmos mais de um terço das crianças presentes em uma sala de aula sendo acompanhadas por este profissional. Os motivos de consulta vem sobretudo de problemas de aprendizagem da linguagem oral e escrita associadas na maioria dos casos à problemas escolares (MOREL, 2014).

O cansaço físico resultante de idas e vindas à profissionais e instituições é agravado pelo fato de serem elas, as mães, que têm que “tomar a frente” nesta busca por respostas, além de ajudar os filhos (as) nas tarefas escolares em casa, com o intuito que não percam completamente o nível de escolarização da turma. A falta de ajuda prática na superação dos problemas das crianças, que “dia após dia perdem confiança e ficam atrasadas na escola” (fala de uma entrevistada), parece produzir uma sobre implicação dos pais (principalmente das mães) no processo de cuidado e educação dos filhos.

Ao colocar em análise a intensificação das relações entre família e escola na contemporaneidade como um novo fenômeno social, Nogueira (2006) chama atenção para as transformações no modelo de família e de escola que estão na base deste processo. A autora afirma que no modelo contemporâneo de família a responsabilidade parental em relação aos filhos é intensamente alargada. Estes “funcionam como um espelho em que os pais veem refletidos os acertos de suas concepções e práticas educativas – os quais costumam se fazer acompanhar por sentimento de orgulho ou, ao contrário, de culpa” (Nogueira, 2006, p. 161). Sendo vistos e vendo-se como responsáveis pelos êxitos e fracassos dos filhos, os pais tomam para si a tarefa de geri-los da melhor forma possível. Por outro lado, devido a um vasto conjunto de mudanças na educação (extensão da escolaridade obrigatória, políticas de democratização do acesso ao ensino, complexificação das redes escolares, mudanças internas nos currículos, princípios e métodos pedagógicos, etc.), todo o sistema pedagógico passou a influenciar diretamente o dia a dia das famílias.

Ao reportar-se ao contexto Francês, Judith Migeot-Alvarado afirma que a mudança das relações entre família e escola na França é particularmente surpreendente. De uma escola “santuário”, fechada em si mesma, passou-se em algumas décadas a uma escola aberta, que tenta fazer dos pais parceiros privilegiados na luta contra o fracasso escolar e a violência juvenil (MIGEOT-ALVARADO apud

NOGUEIRA, 2006, p. 163). Se, por um lado, a abertura da escola e a intensificação da participação familiar podem criar relações interessantes e colaborativas entre as duas instituições, não é raro que a responsabilização pelo “fracasso escolar” seja atribuída principalmente à família. Tal responsabilização pode ser agravada e intensificada quando a rede de cuidados disponível é inexistente ou fragilizada, como é relatado pelos familiares entrevistados.

Um efeito semelhante pôde ser partilhado por mães de crianças usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil brasileiro que, embora em um contexto sociocultural e econômico diverso do Francês, dizem de uma “vida que se vive só”, e do cansaço advindo da ausência de uma rede integrada de atores e instituições que possam compartilhar a responsabilidade do processo de cuidado. “Cansaço físico e psíquico” agravado pelas dissonâncias e ausência de diálogo entre os profissionais que, fragmentados em suas especialidades, “não falam a mesma língua”, raramente conversam entre si ou traçam um plano comum de ações e estratégias (CALIMAN, et. al, 2017)

De forma semelhante, quando as famílias francesas descrevem o percurso diagnóstico de seus filhos, ressaltam a grande heterogeneidade dos discursos proferidos pelos profissionais consultados. À diversidade e quase sempre polarização dos discursos, soma-se a polifonia de conselhos dados: “seja mais firme com ele”, “é a sociedade que é hiperativa e faz com que as crianças se agitem”, “dê o medicamento”. Ao dizer desta heterogeneidade, os familiares descrevem o processo diagnóstico e de procura de tratamento como uma verdadeira “corrida de obstáculos” (JUPILLE, 2014).

No processo de idas e vindas em busca de estratégias de tratamento, algumas mães revelam ainda a extrema culpabilização sentida quando profissionais de direção psicanalítica evocam questões familiares como origem da “agitação”/desatenção. Julien Jupille (2014, p. 4) mostra que, além do sentimento de culpa vivido por estas famílias, é grande

a dificuldade em encontrar um tipo de cuidado que ofereça uma ajuda efetiva e chaves não judicativas para a compreensão do que se passa com a criança.

A literatura antropológica tem destacado os diversos efeitos, muitas vezes descritos como benéficos, do diagnóstico médico na vida das pessoas diagnosticadas (JENKINS, 2010). Segundo Jupille (2014, p. 7), na França, receber um diagnóstico de TDAH pode, por vezes, produzir uma redução da culpa (dos pais e da criança), dando um novo significado à situação vivenciada. Para muitos, ter um diagnóstico *acena* a possibilidade de cura ou ao menos tratamento de uma situação geradora de sofrimento e mal-estar.

Todas as mães entrevistadas compartilham o sentimento de receber positivamente o diagnóstico de hiperatividade dos filhos. Nas palavras de Chantal: « aliviou-me saber que seu problema era médico e não familiar ». Esta frase presentifica, de certa forma, uma esperança outorgada às ciências médicas e explícita que a adesão a um diagnóstico médico pode estar relacionada ao efeito de alívio e desculpabilização dos pais (principalmente das mães) por uma suposta “falta de educação ou limites” da criança.

O diagnóstico médico surge como uma chave de compreensão para uma queixa, um incômodo, um sofrimento experienciado como diferente e indesejado, mas também como um instrumento oficial que pode inserir a criança e família em um sistema de direitos. Assim, uma forma possível de lidar com a situação geradora da queixa, implicando “legalmente” a escola e outros profissionais no processo de cuidado, é “provar” que o TDAH é uma deficiência que requer necessidades especiais. No entanto, caso a família queira fazer um pedido de reconhecimento de deficiência pela Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) o percurso é ainda mais fastidioso e custoso. Ela deve encaminhar à MDPH um conjunto de testes (ortofônia, audiologia, psicomotricidade, psicometria, ortopedia), além de formulários com partes administrativas, médicas e escolares. Estes documentos são

analisados por uma equipe multidisciplinar que, de acordo com os critérios regulatórios de atribuições e serviços, avalia as capacidades e as necessidades da criança e faz propostas de benefícios/compensação. As propostas são enviadas à família que tem 15 dias para fazer suas observações e este plano é submetido ao Comitê de Direitos e Autonomia de Pessoas com Deficiência (CDAPH), que decide sobre a alocação de auxílio e benefícios.

Das 5 mães entrevistadas, 2 não conseguiram obter o reconhecimento oficial pela MDPH. Diversas razões são apontadas como: a dificuldade na obtenção de todos os documentos necessários, incoerências entre o que é oficial e o que realmente acontece, falta de compreensão das famílias sobre a complexidade do processo e as diferenças entre os profissionais. Natalie nos fala do processo enfrentado para conseguir um diagnóstico e das dificuldades encontradas para a constituição do dossiê necessário para apresentação da demanda à MDPH: “Em junho do ano passado, montamos uma equipe educacional para fazer um pedido de reconhecimento ao MDPH, que foi recusado. Foi um pouco difícil porque eles pediram um WISC IV¹⁰ e como ele estava medicado na época, porque é assim que ele estava presente nas aulas, eles recusaram (o reconhecimento de deficiência) pois não deu resultado necessário”.

A experiência de Helène também nos mostra que, do diagnóstico até o reconhecimento oficial da deficiência, o caminho é feito de diversas etapas que devem ser seguidas para que as famílias solicitem os benefícios do reconhecimento. Neste processo, chama atenção o fato de que o acesso a médicos e profissionais de direção psicanalítica dificulta ou impossibilita o “reconhecimento” da deficiência, visto muitas vezes como a única forma de acionar algum tipo de suporte e ajuda efetiva na escola. Como nos diz Helène,

¹⁰ Teste cognitivo/intelectual através do qual o psicólogo calcula o QI, quociente intelectual.

Famílias intelectualmente privilegiadas têm uma abertura que a gente não tem, elas também podem ir à Paris para escolher seu terapeuta (...) Existem Centros Médicos Psicopedagógicos (CMPP), mas eles são principalmente de orientação psicanalítica. É grátis, então é claro que algumas famílias precisam fazer isso, mas aqueles que têm meios financeiros tentam outras coisas, quem não pode ficar com os psiquiatras que têm orientação psicanalítica. O problema é que como eles (as crianças) devem ter um dossiê “pesado” para obter o reconhecimento (de deficiente), eles são obrigados a ver alguém (alguém profissional)... mas se ficar com um psicanalista ele (a criança) não vai obter o reconhecimento...

Obter (ou não) o reconhecimento de deficiência depende, portanto, de um processo complexo que envolve acesso (ou não) a uma rede de profissionais e serviços que as famílias nem sempre são capazes de acionar. No cenário polarizado das compreensões em torno do TDAH na França, o reconhecimento da “deficiência” apoia-se claramente na direção neurológica do transtorno, cujo acesso no cenário Frances parece ser ainda restrito e financeiramente dispendioso.

A principal ajuda que as crianças que receberam o reconhecimento de deficiência podem, no que diz respeito à escolarização e ao aprendizado, é o PPS - projeto personalizado de escolarização, que especifica as condições de escolarização da criança deficiente, as orientações, arranjos, apoio, assim como todo material didático necessário para sua implementação - por exemplo, um teclado virtual, um laptop com software adaptado que facilite o acesso à escrita e leitura, uma tesoura adaptada, etc. Além disso, há possibilidade de solicitar a presença de uma AVS (auxiliar de vida escolar) na sala de aula. O objetivo da intervenção da AVS é ajudar a criança a lidar com uma restrição de autonomia na aprendizagem causada por sua deficiência. A AVS facilita a participação da criança em atividades de aprendizagem organizadas pelo professor em sala de aula e atividades extracurriculares (estudo, cantina, passeios). Ela intervém em apoio ao professor ou professores

que especificam as modalidades de sua intervenção. O AVS não se destina a acompanhar a criança durante toda a sua escolaridade: é uma solução transitória que lhe permite integrar e adaptar-se aos requisitos escolares.

Apesar da existência de tais direitos, após desbravar o longo e difícil percurso que leva ao reconhecimento oficial do diagnóstico de TDAH, as mães dizem da pouca eficácia de tais estratégias ou da dificuldade de colocá-las em exercício. Segundo elas, muitos professores resistem em colocar o PPS em prática afirmando que “não faz parte do trabalho deles, que não são formados e que não tem tempo”. O mesmo parece acontecer quando a criança não é reconhecida como deficiente e são solicitadas compensações educacionais que favoreçam sua escolarização. Natalie compartilha conosco as dificuldades enfrentadas,

“Quando ele tinha 11 anos nós fizemos um PAP. E eu lutei o ano todo para que fosse colocado em prática. No ano seguinte, tivemos que começar tudo de novo, mas alguns professores em fevereiro me disseram "ah, bem, ele tinha isso? ". O PAP ainda está a caminho. Este ano ele teve um professor que fez muito por ele. Ele tem ajuda em todo lugar. Seu problema é que ele é muito lento”.

O PAP (plano de acompanhamento personalizado) é um sistema de apoio pedagógico para estudantes de primeiro e segundo grau, cujas dificuldades escolares recorrentes resultam de uma dificuldade de aprendizagem. O plano inclui adaptações educacionais para que a escolaridade seja feita nas melhores condições, com referência aos objetivos do currículo escolar. Deve atender às necessidades identificadas de alunos com dificuldades de aprendizagem quando a situação não exigir a busca do MDPH para o estabelecimento de dispositivos sob o direito específico. Todos os alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem têm direito ao PAP.

Segundo as experiências colhidas na pesquisa aqui apresentada, a realização ou não dos PAPs ou dos PPSs depende da “boa vontade” dos professores. “Se o professor se interessa pela questão ele fará algo, se não, ele não fará nada”, nos relata Aurélie. Mas uma outra dimensão do problema é acessada quando, Laura, que é também professora, compartilha as dificuldades encontradas pela escola e pelos professores na implementação de algumas medidas quando há o reconhecimento da deficiência. Em relação às AVSs, comenta:

Temos AVS que nem sempre conhecem as deficiências com as quais estão lidando e que também não têm conhecimento do que é feito em sala de aula. Eu tinha uma AVS para quem eu deveria explicar a divisão, subtração, etc., por isso, acrescenta trabalho para o professor. O professor deve ainda fornecer o material pedagógico específico para essa criança diferenciada. Então, é difícil na sala de aula porque finalmente temos um adulto extra (AVS) para ajudar, mas também tem que ver a agenda dessa pessoa, porque temos que fazer a programação juntos. A gestão física da AVS na classe também é outra questão, por exemplo, eu tive um autista e me disseram que era necessário colocar o mais perto possível da lousa, mas e a AVS? Eu não sabia aonde colocá-la porque iria atrapalhar os outros alunos. E, além disso, na maioria das vezes temos dois ou três pedidos de AVS na mesma classe ... isso tornou-se exponencial.

Percebemos assim que para alguns familiares a atribuição de um diagnóstico médico torna-se necessária e desejável, na medida em que ajuda a dar algum sentido não culpabilizador e judicativo para as queixas e problemas vividos pela criança, legitimando a situação de sofrimento vivida pelos mesmos e reivindicando a diferença (EHRENBERG, 2004; CALIMAN, 2013). Além disso, diante do “cansaço físico e psicológico” vivido pelas mães, o diagnóstico possui a importante função de acionar uma possível rede de apoio que, junto com a família, possa se cor responsabilizar pelo processo educacional e de

cuidado dos filhos. Rede que, no entanto, nem sempre é posta em funcionamento. Por outro lado, assumir a condição de deficiente nem sempre é desejável pelos pais. Natalie considera importante o reconhecimento da deficiência do seu filho “para que ele possa ter acesso aos direitos reservados pela lei”. Porém, esse não é o caso de Laura que prefere não entrar com essa demanda, pois ter um filho considerado “deficiente” também abre portas para uma estigmatização indesejável. Assim, O balanço entre ter acesso a direitos e sofrer as consequências do estigma imbuído no processo de ser visto como deficiente é continuamente avaliado e recolocado.

Vendo-se sozinhas e desamparadas em um longo processo que envolve ajudar a criança em casa nas tarefas escolares, dar conta de uma relação nem sempre amistosa com a escola, buscar alternativas de tratamento, conseguir o diagnóstico, provar (ou não) a “deficiência” a ele vinculada, para muitas mães a alternativa medicamentosa passa a ser a solução mais viável e mesmo a única disponível, embora não sem controvérsias e muitos questionamentos.

O MEDICAMENTO

Como dissemos no início deste artigo, na França, dar Ritalina para uma criança considerada hiperativa é frequentemente visto como tabu, concretização de um processo de medicalização intensamente criticado. Dar o remédio não é bem visto e as famílias não assumem “publicamente” que a criança está sob tratamento. Por esse e outros motivos, a adesão à prescrição do metilfenidato (Ritalina) é uma decisão delicada e difícil, quase sempre tomada no final de uma longa jornada de outras tentativas. Muitas famílias resistem inicialmente, mas as dificuldades escolares da criança, a pressão da escola e todos os sofrimentos relatados como perda de confiança, agressividade, isolamento, fazem com que o receio entorno do remédio fique em segundo plano diante dos efeitos benéficos prometidos e verificados depois da tomada

da substância. Laura e o marido *tentaram de tudo*. Estavam a beira do desespero, sem dormir à noite, discutindo o que fazer. A filha diagnosticada com hiperatividade tinha duas sessões de fonoaudiologia e uma de psicomotricidade por semana, então, resolveram tentar o medicamento, “Ela estava desesperada, uma perda de autoestima muito grande. Nós não sabíamos o que fazer, as notas na escola eram catastróficas”, revela Laura.

Como Laura, todas as outras mães entrevistadas falam de uma melhora na performance escolar dos filhos após o uso da Ritalina, mesmo que, no que tange ao comportamento, seus efeitos benéficos sejam pouco claros, sobretudo quando as crianças passam da infância para a adolescência. “O professor me disse: “é o dia e a noite depois de tomar o remédio ... De 11 de média ele passou para 15/16”. Mas em termos de comportamento não mudou, na verdade acho que é pior”, nos diz Natalie. Com relação à filha de 12 anos, Laura também afirma: “uma vez no CE2 ela esqueceu de tomar o remédio, e à noite ela me disse, mãe, amanhã eu não deveria esquecer o meu remédio, eu não consegui ouvir a professora, eu olhava pra ela, escutava, mas não conseguia entender o que ela estava me falando, tinham também vários passarinhos que cantavam ao mesmo tempo (...)”.

A Importância dada ao processo de escolarização é um dos aspectos que impulsiona e sustenta a decisão de dar e manter o medicamento. O futuro dessas crianças sem o remédio é visto de forma muito pessimista, por todas as mães. Segundo elas, as características do problema apresentado pelos filhos, no que tange principalmente às dificuldades no processo de escolarização, torna difícil a possibilidade de inserção no mundo do trabalho. Se podemos dizer de uma urgência na resolução de um problema dia após dia sentido por essas famílias na relação dos filhos com a escolarização, há, também, uma demanda de prevenção e preocupação com um *futuro ruim*. “Enquanto eles são pequenos, no jardim de infância ainda vai, mas depois quando forem mais velhos irão entrar na aprendizagem da vida (...), aprender na sociedade de hoje sem remédio é complicado”, nos diz Laura.

A experiência de Laura ecoa a relação historicamente tecida entre o metilfenidato, a escola e os processos de aprendizagem. Segundo Caliman (2006), a lógica que liga estes termos afirma que um déficit na capacidade atenção e controle de si inviabiliza a permanência na escola e o alcance das metas escolares e a Ritalina, magicamente ou quimicamente, (em um misto de discurso científico e mítico) soluciona temporariamente o problema.

No entanto, enquanto muitos pais notam mudanças impressionantes no comportamento da criança assim que a medicação é tomada, a administração diária pode ser extremamente complicada, principalmente porque as famílias, diante da ausência de acompanhamento médico¹¹, estão praticamente sozinhas na função de gestão da medicação. Laura diz da dificuldade em assumir este papel.

É muito surpreendente porque o médico me disse: “para dosagens, é 1 de manhã, 1 ao meio-dia. Ou é 2 de manhã ou apenas 1 de manhã. O problema é que depende da sua filha, como ela reage à droga, não podemos saber ...”, eu disse: ah bom? e ele continuou.. “Você vai tentar fazer coisas com ela que exigem atenção, na segunda-feira, por exemplo, dar 1 de manhã e ver como vai ser no dia. E então, você tenta assim.” Eu acho que não é normal isso, experimentar... As famílias determinam a dosagem. Nós não somos médicos ... É muito surpreendente, nos é dada uma droga, que é forte, experimental, enquanto é baseada em curvas comportamentais, e cabe a nós encontrar a dosagem... (...)

O fato de ser um remédio cuja dosagem é experimental provoca nas mães uma sensação de que seus filhos estão sendo “cobaias” de algo ainda não provado e em fase de experimentação. A gestão solitária da medicação intensifica

¹¹ Os médicos que são autorizados à prescrever o medicamento não são reembolsados pelo sistema de saúde. As famílias vão ser acompanhadas, geralmente, por médicos gerais, que não estão na origem da prescrição e que não são especialistas da área.

este sentimento e o receio a ele vinculado. Se antes as mães eram marcadas pelos processos de culpabilização e responsabilização vinculados a uma suposta falta de limites que estaria na base dos comportamentos dos filhos, são agora responsabilizadas pela decisão e gestão do cuidado medicamentoso. Ao sentirem-se despreparadas e sem acesso aos conhecimentos necessários sobre os efeitos do medicamento e seus possíveis riscos, vão, ao seu modo, gerindo como podem os usos do medicamento. Esse “poder” que lhes é atribuído na administração do remédio possibilita também que outros usos (não inicialmente indicados pelo médico) se atualizem, como por exemplo nos finais de semana “para que eles consigam fazer todos os deveres que têm pra fazer” ou “para estudar para as provas”.

A experiência de Chantal com o filho de 13 anos diagnosticado com hiperatividade e superdotação é particularmente intensa, na medida em que explicita as fronteiras extremamente tênues entre os usos nocivos e vistos como positivos do medicamento e o difícil processo de dosá-los:

Eu tive uma grande preocupação com relação ao metilfenidrato. No começo, ele (o filho) não suportou isso, na medida em que ele era “alto potencial” (superdotado). Ele era um psicoestimulante em um cérebro que tinha uma tendência a pensar muito. Eu tive uma criança que teve convulsões, tentativa de suicídio aos 9 anos (no momento em que ele começou), porque a dose era muito forte no início. Fui forçada a parar a coisa, o médico que prescreveu não entendia que havia TDAH e alto potencial junto ... ele não foi treinado para isso. Ele não sabe. Então eu troquei o médico, achei uma psiquiatra infantil e um neuropediatra e começamos de novo com uma dosagem muito pequena, eu cortei e dei a ele 5mg. Depois, estava bem estabilizado eu fui para 10, 15. Então nós reestabilizamos em 20 e agora não há mais preocupação. Ele suporta seu tratamento muito bem. Ele tem 12 anos e estamos em 40mg.

Chantal acredita que a origem da hiperatividade do filho é alimentar, sendo principalmente causada pela imigração de um povo que estava acostumado a se movimentar (africanos) e teve que se adaptar a um sistema educativo que requer a imobilidade. Mesmo com a tentativa de suicídio aos 9 anos e a clara associação que a mesma faz com o uso “errado” do medicamento, insistiu na procura da melhor dosagem da substância até estar satisfeita com o resultado. Para tanto, envolveu-se em um percurso árduo de procura por ajuda profissional e de tentativas e erros na experimentação medicamentosa. No começo, o filho não *suportou*, agora “suporta seu tratamento muito bem”, o medicamento está estabilizado.

De acordo com Béliard *et. al.* (2018, no prelo), o uso da Ritalina na França se insere dentro de inúmeras questões potencialmente contraditórias: modificação da trajetória escolar, regulação da harmonia familiar, sociabilidade entre pares, construção e transformação da personalidade da criança, etc. Na experiência de pesquisa aqui relatada, a adesão e gestão da Ritalina pelos familiares também coloca em análise as dificuldades e problemas encontrados nos sistemas de saúde e educação franceses. Sentindo cotidianamente os efeitos adocedores dos processos de culpabilização, incapazes de encontrar tratamentos alternativos sustentáveis e integrados, diante das dificuldades de implantação efetiva dos planos educacionais especiais, o uso da Ritalina surge como um caminho possível para as famílias. No entanto, na medida em que as outras estratégias não são acionadas e que a gestão medicamentosa continua sendo uma prática solitária, a Ritalina vai deixando de ser uma prática “possível”, estabilizando-se como a única e inevitável solução para o problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o TDAH uma condição complexa e instável, de causas e efeitos não definidos, os relatórios franceses oficiais assumem que os sistemas de saúde e de educação franceses possuem sérias deficiências no que tange ao cuidado de crianças com dificuldades de aprendizagens e diagnosticadas com transtornos incertos e fronteiriços como o TDAH (AKRICH e RABEHARISOA, 2018). Neste artigo, através do acesso à experiência de familiares de crianças diagnosticadas com TDAH, foi possível delinear algumas dessas deficiências e seus efeitos em suas vidas.

Pode-se dizer que, sem dúvida, os familiares entrevistados partilham entre si a vivência de um intenso sofrimento no processo de lidar e viver com os problemas de escolarização de seus filhos diagnosticados com TDAH. No entanto, diferentemente de outros estudos sobre o transtorno, não concluímos que este sofrimento atesta e reafirma os efeitos avassaladores de um diagnóstico biomédico nas vidas das pessoas. Não está em questão aqui o sofrimento legítimo causado por trajetórias de vidas diagnosticadas, que destoam de uma suposta escolarização normal. No entanto, é preciso considerar que as experiências relatadas colocam em análise os efeitos da desassistência e da ausência de redes de apoio quando um problema de escolarização é identificado, persistindo no tempo. É preciso ainda considerar que o sofrimento expressado pelas mães entrevistadas revelam um contexto social extremamente moralizante e individualizante, que ainda responsabiliza as estruturas familiares por um possível problema de escolarização. Diante deste cenário, não sem contradições e incertezas, a França vai deixando de ser a exceção psicodinâmica e as explicações neurológicas e biomédicas dos problemas de hiperatividade e atenção ganham espaço e força. Mais do que opor-se radicalmente a esta tendência, produzindo mais polarizações e binarismos, torna-se necessário compreender os processos que a tornam possível.

É, portanto, com cautela e sensibilidade que se deve analisar as controvérsias e tensões em torno do TDAH, buscando nesse processo evitar as explicações culpabilizantes e judicativas, que tendem a individualizar o problema e simplificá-lo, isolando-o das relações que o constituem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACQUAVIVA, Éric; DUHAMEL, Claudie. **L'Hyperactivité. Idées reçues sur le trouble du déficit de l'attention**. Paris: Éditions Le Cavalier Bleu, 2012.

AKRICH M. & RABEHARISOA V. (2018). **The French ADHD Landscape: maintaining and Dealing with Multiple Uncertainties**. In Meredith R. Bergey, Angela M. Filipe, Peter Conrad, and Ilina Singh (orgs.) **Global Perspectives on ADHD: social dimensions of diagnosis and treatment in sixteen countries**. Baltimore: Johns Hopkins University Press: 2018, 400 pg.

ANSM. **Rapport sur le methylphenidate: données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France**, 2013.

ANSM. **Rapport sur le methylphenidate: données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France**, 2017.

BÉLIARD A.; FANSTEN M., MOUGEL S.; PLANCHE M. (et VAUMORON). **Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H**. Sciences sociales et santé. vol. 36, n°4, 2018. No prelo.

CALIMAN, L. V. **A constituição sócio-médica do "fato TDAH"**. Psicologia e Sociedade, v. 21, p. 135-144, 2009.

CALIMAN, L. V. **O TDAH - entre as funções, disfunções e otimização da atenção**. Psicologia em Estudo, v. 13, p. 549-556, 2008.

CALIMAN, L. V. **Os Bio-Diagnósticos na Era das Cidades Biológicas**. In: Cecília Azevedo Lima Collares, Maria Aparecida Affonso Moysés, Mônica Cintrão França Ribeiro. (Org.). **Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos**. 1ª ed. Campinas: Mercado de Letras, 2013, v. 1, p. 109-118.

CALIMAN, L. V.; PETERLE, P. H. S. ; CESAR, J. M. . **Gestão autônoma da medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil**: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais. In: Adriana Leão; Jorge Luís Gonçalves dos Santos; Renata Costa-Moura. (Org.). **Produção de Subjetividade e Institucionalismo**: Experimentações Políticas e Estéticas. 1ªed. Curitiba: Appris, 2017, v. 1, p. 10-30.

CONRAD, P. (1976). **Identifying hyperactive children**: The medicalization of deviant behavior. Lexington, MA: D.C. Heath.

DIENER, Yann. **On agite un enfant : l'État, les psychothérapeutes et les psychotropes**. Paris: La Fabrique Éditions, 2011.

EDWARDS, Joan C. e al. **Attention deficit hyperactivity disorder in France and Ireland: parents' groups' scientific and political framing of an unsettled condition**. BioSocieties, 9, 2, 153-172, 2014.

EHRENBERG, Alain. **Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue**, *Revue Française des affaires sociales*, n° 1, janeiro-março, p. 77-88, 2004.

GÉTIN-VERGNAUD, Christine, K. G. ANGENON-DELERUE. **Après 10 ans d'activité, HyperSupers- TDAH France dresse un premier bilan de ses actions au travers des résultats d'une enquête menée durant l'été 2011 auprès des familles adhérentes**, *A.N.A.E.* , n° 114, novembre 2011.

GORDON, Michael ; KEISER, Susan. **Accommodations in higher education under the Americans with disabilities act (ADA): A no-nonsense guide for clinicians, educators, administrators, and lawyers.** New York: Guilford, 1998.

JENKINS, Janis H. (Org.). **Pharmaceutical Self: the global shaping of experience in an age of psychopharmacology.** Santa Fe: School of Advanced Research, 2010.

JUPILLE, Julien. « De « coupables » à « victimes actives ». Enjeux pour les familles d'un diagnostic de TDA/H », **Sociologos**, 9, 2014.

LIMA, R. C. **somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades.** 1ª. ed. Relume Dumará/Ediouro, 2005. v. 1. 161p. Rio de Janeiro, 2005

LOURAU, René. **Le journal de recherche.** Paris : Méridiens-Klincksieck, 1988.

MOREL, Stanislas. **La médicalisation de l'échec scolaire.** Paris : La dispute, 2014.

NAVARRO, S. R & VRECKO S. (2017) **Pharmaceutical entanglements:** an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12:sup1, 1298268.

NOGUEIRA, M. A. (2006). **Família e escola na contemporaneidade:** os meandros de uma relação. *Educação & Realidade*, 31(2):155-170, jul./dez. 2006.

