

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**O BIOPODER E A DOMESTIFICAÇÃO DOS CORPOS INFANTIS:
ESTUDO SOBRE O TDAH E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
DIFERENTES PROFISSIONAIS ACERCA DO SUPOSTO
TRANSTORNO E DA MEDICALIZAÇÃO**

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**MARINGÁ
2019**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**O BIOPODER E A DOMESTIFICAÇÃO DOS CORPOS INFANTIS:
ESTUDO SOBRE O TDAH E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
DIFERENTES PROFISSIONAIS ACERCA DO SUPOSTO
TRANSTORNO E DA MEDICALIZAÇÃO**

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**MARINGÁ
2019**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**O BIOPODER E A DOMESTIFICAÇÃO DOS CORPOS INFANTIS:
ESTUDO SOBRE O TDAH E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
DIFERENTES PROFISSIONAIS ACERCA DO SUPOSTO
TRANSTORNO E DA MEDICALIZAÇÃO**

Tese apresentada por SUZI MARIA NUNES CORDEIRO, ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação.
Área de Concentração: EDUCAÇÃO.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a.: SOLANGE FRANCI RAIMUNDO
YAEGASHI

MARINGÁ
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR, Brasil)

C794b Cordeiro, Suzi Maria Nunes
O biopoder e a domesticação dos corpos infantis :
estudo sobre TDAH e as representações sociais de
diferentes profissionais acerca do suposto
transtorno e da medicalização / Suzi Maria Nunes
Cordeiro. -- Maringá, PR, 2019.
258 f.: il.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Solange Franci Raimundo
Yaegashi.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
Programa de Pós-Graduação em Educação, 2019.

1. Educação. 2. Transtorno de Deficit de Atenção
com Hiperatividade (TDAH). 3. Patologização -
Educação. 4. Hiperatividade. I. Yaegashi, Solange
Franci Raimundo, orient. II. Universidade Estadual
de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e
Artes. Programa de Pós-Graduação em Educação. III.
Titulo.

CDD 23.ed. 370.15

SUZI MARIA NUNES CORDEIRO

**O BIOPODER E A DOMESTIFICAÇÃO DOS CORPOS INFANTIS:
ESTUDO SOBRE O TDAH E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
DIFERENTES PROFISSIONAIS ACERCA DO SUPOSTO
TRANSTORNO E DA MEDICALIZAÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Solange Franci Raimundo Yaegashi (Orientadora) – UEM

Prof^a. Dr^a. Regiane da Silva Macuch – UNICESUMAR – Maringá

Prof^a. Dr^a. Luciane Guimarães Batistella Bianchini – UNOPAR – Londrina

Prof^a. Dr^a. Nilza Sanches Tessaro Leonaordo – UEM – Maringá

Prof^a. Dr^a. Elsa Midori Shimazaki – UEM – Maringá

Prof. Dr. Isaias Batista de Oliveira Júnior – UNESPAR – Apucarana
(Suplente externo)

Prof^a. Dr^a. Silvana Regina de Melo – UEM – Maringá (Suplente Interna)

MARINGÁ, 22 DE MAIO DE 2019.

Dedico este trabalho a todas as crianças que possuem diagnóstico de TDAH e àquelas que sofrem com a falta de compreensão, com a cultura da medicalização e com a patologização das dificuldades escolares.

AGRADECIMENTOS

Eis aqui o trabalho de uma vida, que academicamente começa lá no pré de uma escola pública em uma cidade pequena. Quem diria, entre familiares, amigos e professores, que aquela criança, tão tímida chegaria até aqui? Poucos. Muito poucos. Por isso, todas as palavras que expressam gratidão são rasas para demonstrar meus sentimentos neste momento; tanto por aqueles que duvidaram, visto que me ajudaram a entender que o meu caminho não é feito por opiniões alheias, quanto para quem ficou do meu lado. No Doutorado foram pouco mais de três anos que contei com a compreensão das pessoas ao meu redor e que com eles vivi momentos de alegrias. Apesar de a escrita em si ser um momento solitário, a vida além da tese é repleta de momentos virtuosos como nascimentos, perdas, superações entre outros que contamos com a presença de amigos e familiares. Dessa forma, agradeço:

Em primeiro lugar a Deus, em quem tenho fé e sempre está ao meu lado fazendo-me ter fé em mim, sendo Ele as asas que permitem voar.

À minha família, porto seguro no qual sempre posso me confortar nos braços de minha mãe Maria Helena Nunes Cordeiro, que inúmeras vezes me disse “você não é todo mundo”. Hoje sei o porquê! Porque tenho a ela, sem a qual não seria ninguém. Ainda neste meio agradeço ao meu noivo Izaias Gonçalves da Silva Junior, que me ensinou que amor de verdade não tem motivos e nem explicação, simplesmente existe. Também agradeço à minha sobrinha Emanuely Victória dos Santos Cordeiro, que a cada dia me lembra por meio de seu sorriso que a verdade sempre deve prevalecer.

À minha orientadora que na caminhada de oito anos de pesquisa sempre me conduziu pelos melhores caminhos do conhecimento, sendo este trabalho fruto de toda essa experiência. Obrigada pela confiança sempre depositada e pelos ensinamentos, incentivos e inspirações.

Aos participantes desta pesquisa, sem os quais nada disso seria possível de se concretizar e aos membros da banca que me ajudaram a refletir sobre os problemas que o tema envolve. Compartilhar saberes e experiências permite a reflexão de um futuro melhor para todos.

Aos membros do corpo docente e administrativo da UEM, minha segunda casa, onde aprendi a ver o mundo com maturidade. Em especial destaco a professora Angela Lara que nas aulas do Doutorado me fez abrir a mente para Políticas Educacionais; o Hugo da secretaria, sempre prestativo e à Helaine Patrícia Ferreira, que generosamente sempre compartilha seus conhecimentos comigo, uma profissional excepcional e uma pessoa com um coração enorme.

Agradeço também aos colegas de trabalho que sempre torceram por mim e me incentivam, mas sobretudo fica a gratidão àquelas que incansavelmente ouviram minhas angustias nesses últimos meses pré-defesa, algo natural e pelo qual todas nós passamos. Amanda Figueroa e Camila Tecla, podem contar comigo quando chegar a vez de vocês.

Por fim, agradeço a você, caro leitor, por disponibilizar um tempo à essa tese. Durante a escrita pensei em cada frase destinada à você, com o desejo de promover momentos de muita reflexão e depois ação, para que esse trabalho tenha significado.

“QUANDO EU ERA CRIANÇA EU TIVE UMA FEBRE
MINHAS MÃOS PARECIAM DOIS BALÕES
AGORA EU TENHO ESSA SENSACÃO MAIS UMA VEZ
EU NÃO POSSO EXPLICAR, VOCÊ NÃO ENTENDERIA
NÃO É ASSIM QUE EU SOU
EU ME TORNEI CONFORTAVELMENTE ENTORPECIDO”.
(PINK FLOYD, 1979)

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes Cordeiro. **O BIOPODER E A DOMESTIFICAÇÃO DOS CORPOS INFANTIS: ESTUDO SOBRE O TDAH E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DIFERENTES PROFISSIONAIS ACERCA DO SUPOSTO TRANSTORNO E DA MEDICALIZAÇÃO**. 258 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Solange Franci Raimundo Yaegashi. Maringá, 2019.

RESUMO

A presente tese discute as representações sociais sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), bem como o tratamento medicamentoso indicado por diferentes profissionais de uma cidade do noroeste do Paraná, que trabalham com crianças e/ou adolescentes com esse diagnóstico. Para abordarmos a temática, precisamos compreender alguns problemas sociais que circundam essas representações, tais como a falta de uma educação para a conscientização e emancipação dos cidadãos. Nesse contexto, nos deparamos com estratégias de biopoder e a valorização da área da Saúde em detrimento da área da Educação, com interesses meramente capitalistas, o que resulta na manipulação dos corpos, dos comportamentos, na propagação de uma cultura de medicalização e prejudica o desenvolvimento humano em sua plenitude. Nossa sociedade tem a necessidade de classificar cada criança ou adolescente com um diagnóstico que justifique as dificuldades de ensino e de aprendizagem, transformando a escola em um ambiente de patologização e medicalização, que não resolve os problemas de fato relacionados aos processos educacionais. Considerando esses pressupostos, o objetivo geral dessa pesquisa é identificar e analisar as representações sociais de psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, neurologistas e pediatras sobre TDAH e tratamento medicamento, a fim de compreender as influências de suas significações no processo de diagnóstico, no tratamento e sua relação com o biopoder. Dessa forma, nossa problemática consiste em descobrir se as representações sociais dos profissionais entrevistados influenciam em seus trabalhos clínicos e na perpetuação da cultura da medicalização, visto que possuem influência no âmbito escolar, especificamente, em seu desempenho acadêmico. Portanto, o estudo justifica-se pela necessidade de mais pesquisas do campo da Educação que mostrem as questões relativas ao TDAH de forma crítica, de modo a contribuir com a reflexão sobre os impactos dos encaminhamentos, muitas vezes equivocados, às clínicas de apoio, bem como sobre o uso desnecessário de medicamentos nas dificuldades escolares. Participaram da pesquisa 24 profissionais. Como suporte teórico-metodológico, adotamos a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, para investigar como se formam e como funcionam os sistemas de referência utilizados para classificar e significar TDAH e tratamento medicamentoso. Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário Sociodemográfico; e b) Roteiro de Entrevista Semiestruturada. O estudo está vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Escola, Família e Sociedade (GEPEFS) e ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá. Os resultados mostram que as representações sociais dos grupos entrevistados significam o TDAH como um transtorno de origem neurobiológica que justifica os comportamentos desatentos e hiperativos, bem como o tratamento medicamentoso como resposta a todos os problemas, ainda que sejam evocados mais malefícios do que benefícios desse tratamento, contribuindo, portanto, para o processo de medicalização. As narrativas desses profissionais estão permeadas de discursos médicos, nos quais estão ancoradas suas representações. Essa apropriação dos discursos medicalizantes influencia negativamente os diagnósticos e a escolha do tratamento. Nossa tese é que o chamado TDAH (de origem biológica) não é um diagnóstico correto ou real, pois trata-se de uma interpretação equivocada dos comportamentos infantis, promovida pela mídia, pela

indústria farmacêutica e por médicos que cooperam com o controle dos corpos em prol de um comportamento idealizado/domesticado. Para isso, promovem a patologização das dificuldades escolares, incentivam a prescrição de medicamentos como forma exclusiva de tratamento e contribuem para a manipulação dos corpos infantis e a cultura da medicalização. Concluímos que, além de refletir e discutir sobre esses fenômenos, é necessário combatê-los, assumindo um papel de resistência aos discursos biologizantes. Isso exige a reapropriação do contexto escolar, de modo a empoderar os discursos da área da Educação, considerando o contexto sócio-histórico em que estão inseridos, e realizando, por meio dos saberes cientificamente elaborados, intervenções pedagógicas eficazes, que propiciem a aprendizagem de qualidade para nossos alunos, de forma que se desenvolvam plenamente e sejam sujeitos emancipados.

Palavras-chave: Educação. Patologização. Atenção. Hiperatividade.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes Cordeiro. **BIO-POWER AND THE DOMESTICATION OF CHILDREN'S BODY: A STUDY ON ADHD AND THE SOCIAL REPRESENTATIONS BY SEVERAL PROFESSIONALS ON THE PRESUMED DISORDER AND ITS MEDICALIZATION.** 258 f. Doctoral Thesis in Education – Universidade Estadual de Maringá. Supervisor: Solange Franci Raimundo Yaegashi. Maringá, Brazil, 2019.

ABSTRACT

The social representations of Attention Deficit & Hyperactivity Disorder (ADHD) and the medical treatment prescribed by several health professionals, who attend children and adolescents with the disorder, in a city in the northwestern region of the state of Paraná are analyzed. An approach to the theme requires an in-depth knowledge on the social problems that surround the representations, such as lack of discussions on people's awareness and emancipation. In fact, a predominance of bio-power strategies and valorization of Health to the detriment of Education may be perceived. They feature merely capitalist interests, resulting in the manipulation of bodies, behaviors, the spread of a medicalization culture, which jeopardize full human development. Contemporary society has the need to classify each child or adolescent with a diagnosis that would justify teaching and learning difficulties through the transformation of the school into a pathological and medical environment that decidedly fails to solve educational issues. Current research identifies and analyzes the social representations of psychologists, audiologists, psycho-pedagogues, neurologists and pediatricians on ADHD and on its medical treatment to assess the influences of their significations within the diagnose and treatment processes and their relationship with bio-power. Current analysis tries to discover whether social representations of the professionals surveyed affect their clinical tasks and the perpetuation of the medicalization culture within their professional performance. It has been perceived that there is a great need for more educational research that would critically provide issues related to ADHD to contribute towards an investigation on the impacts of frequently ambiguous invitations to clinics and to the unnecessary use of medicine due to difficulties in school. Twenty-four health professionals participated in current research, foregrounded on Serge Moscovici's Theory of Social Representations (TSR), to investigate how reference systems used to classify and signify ADHD and treatment with medicines are formed and work. Data were collected by a) a Sociodemographic Questionnaire and b) by a Half-structured Interview. Current study is part and parcel of the Study and Research Group in School, Family and Society (GEPEFS) and linked to the Postgraduate Program in Education of the Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brazil. Results demonstrate that social representations of the interviewed groups define ADHD as a neurobiological disorder with behaviors characterized by lack of attention and hyperactivity, coupled to medicine treatment as the sole solution. The latter features more bad than good results in the treatment, heightening the medicalization process. The narratives of the health professionals interviewed are full of medical terms and discourses on which their representations are based. The appropriation of medicalization discourses negatively affects the diagnosis and the choice of the treatment. It is our firm conviction that biologically-derived ADHD is not a correct or a true diagnosis but an ambiguous interpretation of childhood behavior, spread by the media, by the pharmaceutical industry and by physicians who cooperate through the control of bodies for an idealized and domesticated behavior. This is the reason why they enhance the pathologization of difficulties in school, the prescription of medicine as the sole treatment and contribute towards the manipulation of Children's body and the medicalization culture. Results show that, besides

discussing these phenomena, they should be opposed through resistance to biologizing discourses. The re-appropriation of the school context should be required to empower discourses within the Education field. The social and historical context in which they are inserted should be taken into account, whilst efficient pedagogical interventions should be undertaken, through scientific knowledge, that would favor quality learning by students for their full development and total emancipation.

Keywords: Education. Pathologization. Care. Hyperactivity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Filtro de dissertações e teses do banco da Capes sobre TDAH e total encontrado.....	53
Figura 2 -	Setores econômicos e suas compras do espaço publicitário no período de janeiro a junho dos anos de 2016 e 2017.....	72
Figura 3 -	Mercado farmacêutico em 2016.....	74
Figura 4 -	Casos de intoxicação por medicamentos no Brasil, segundo a faixa etária registrada, no período de 2008 a 2013.....	76
Figura 5 -	Consumo mensal de metilfenidato no Brasil em 2009.....	76
Figura 6 -	Quantidade total de metilfenidato, lisdexanfetamina e modafilina dispensados nos quatro primeiros meses de 2016 e 2017.....	77
Figura 7 -	Ciclo da patologização das dificuldades escolares.....	94
Figura 8 -	Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados no tratamento de TDAH..	101
Figura 9 -	Denominações das listas de substâncias sujeitas a controle especial.....	104
Figura 10 -	Caracterização do metilfenidato.....	105
Figura 11 -	Frequência de aparecimento de efeitos colaterais de metilfenidato em pacientes em uso de placebo, baixas (0,3 mg/kg) e altas (0,5 mg/kg) doses de metilfenidato.....	107
Figura 12 -	Dualidade humana segundo Durkheim (1912).....	116
Figura 13 -	Metodologia da presente pesquisa.....	137

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Efeitos adversos em estudantes da FAB durante o uso do metilfenidato.... 108

LISTA DE QUADROS

Quadros 1 -	Lista de substâncias psicotrópicas sujeitas à notificação da receita A.....	106
Quadros 2 -	Bula dos medicamentos compostos de cloridrato de metilfenidato utilizados para tratamento do TDAH.....	109
Quadros 3 -	Características do núcleo central e do sistema periférico.....	131
Quadros 4 -	Dados sociodemográficos dos participantes.....	141
Quadros 5 -	Perguntas da entrevista separadas por categorias de análise.....	146
Quadros 6 -	Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo A.....	147
Quadro 7 -	Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo A.....	148
Quadro 8 -	Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo A.....	150
Quadro 9 -	Instrumentos citados pelos psicólogos para realização do diagnóstico de TDAH.....	156
Quadro 10 -	Orientações passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH, segundo o grupo A.....	158
Quadro 11 -	Tratamentos mais recomendados pelos psicólogos para casos de TDAH..	162
Quadro 12 -	Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo A..	164
Quadro 13 -	Formas de tratamentos mais utilizadas pelos psicólogos para TDAH.....	168
Quadro 14 -	Opinião dos psicólogos sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH.....	169
Quadro 15 -	Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo B.....	173
Quadro 16 -	Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo B.....	174
Quadro 17 -	Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo B.....	175
Quadro 18 -	Instrumentos citados pelas fonoaudiólogas para realização da avaliação fonoaudiológica.....	178
Quadro 19 -	Orientações mais passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH segundo o grupo B.....	180
Quadro 20 -	Tratamentos mais recomendados pelas fonoaudiólogas para casos de TDAH.....	183
Quadro 21 -	Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo B...	184
Quadro 22 -	Formas de tratamentos mais utilizadas para TDAH pelas fonoaudiólogas..	186
Quadro 23 -	Opinião das fonoaudiólogas sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH.....	187
Quadro 24 -	Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo C.....	190
Quadro 25 -	Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo C.....	191

Quadro 26 -	Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo C.....	192
Quadro 27 -	Instrumentos citados pelas psicopedagogas para realização do diagnóstico de TDAH.....	194
Quadro 28 -	Orientações mais passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH segundo o grupo C.....	196
Quadro 29 -	Tratamentos mais recomendados para casos de TDAH pelas psicopedagogas.....	198
Quadro 30 -	Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo C...	199
Quadro 31 -	Formas de tratamentos mais utilizadas pelas psicopedagogas para TDAH.	200
Quadro 32 -	Opinião das psicopedagogas sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH.....	201
Quadro 33 -	Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo D.....	203
Quadro 34 -	Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo D.....	204
Quadro 35 -	Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo D.....	204
Quadro 36 -	Instrumentos citados pelos médicos para realização do diagnóstico de TDAH.....	207
Quadro 37 -	Orientações mais passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH segundo o grupo D.....	208
Quadro 38 -	Tratamentos mais recomendados para casos de TDAH pelos médicos.....	211
Quadro 39 -	Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo D..	211
Quadro 40 -	Formas de tratamentos mais utilizadas para TDAH pelos médicos.....	212
Quadro 41 -	Opinião dos médicos sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH.....	213

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	–	Atendimento Educacional Especializado
ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	–	Associação Americana de Psiquiatria
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	–	Conselho Federal de Psicologia
CHADD	–	<i>Children and Adults with Attention Deficit Disorder</i>
CID	–	Classificação Internacional de Doenças
COPEP	–	Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
DCM	–	Dano Cerebral Mínimo
DEA	–	<i>Drug Enforcement Administration</i>
DSM	–	<i>Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders</i>
EHESS	–	<i>École des Hautes Etudes en Sciences Sociales</i>
EUA	–	Estados Unidos da América
FAB	–	Faculdade Anhanguera de Brasília
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	–	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDBEN	–	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MDMA	–	Metilendioximetanfetamina
MFD	–	Metilfenidato
NR	–	Notificação da Receita
ONG	–	Organização Não Governamental
Q.I.	–	Coefficiente de Inteligência
REMOSCO	–	<i>Reseau Mondial Serge Moscovici</i>
SNC	–	Sistema Nervoso Central
SP	–	Sistema Periférico
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	–	Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	–	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	–	Transtorno de Espectro Autista
TPA	–	Transtornos de Processamento Auditivo
TRS	–	Teoria das Representações Sociais
UEM	–	Universidade Estadual de Maringá
UNESCO	–	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO TDAH: REFLEXÕES SOBRE O TRANSTORNO E OS SUPOSTOS DIAGNÓSTICOS	25
2.1	DEFINIÇÕES, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DO TDAH: EVIDÊNCIAS DE UM PARADIGMA EMERGENTE.....	32
2.2	FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES: ATENÇÃO! O CORPO FALA.....	46
2.3	TDAH E MEDICALIZAÇÃO EM TRABALHOS <i>STRICTO SENSU</i> : UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE 2009 A 2019.....	52
3	A CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO E O TDAH COMO INSTRUMENTO DE BIOPODER	71
3.1	A SUBJUGAÇÃO DOS CORPOS E O CONTROLE DA POPULAÇÃO.....	78
3.2	MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: “PARA TODO MAL HÁ CURA”.....	85
3.3	PATOLOGIZAÇÃO DAS DIFICULDADES ESCOLARES.....	93
3.4	METILFENIDATO: FARMACODINÂMICA, RECEITA E EFEITOS COLATERAIS.....	101
4	PRINCÍPIOS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	114
4.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONCEITOS E CONTEXTOS.....	118
4.2	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUA IMAGEM E SEU PÚBLICO: MOSCOVICI.....	127
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	136
5.1	CAMPO DE PESQUISA.....	140
5.2	PERFIL DOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS.....	140
5.3	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	143
5.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS.....	144
5.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	145
6	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DIFERENTES PROFISSIONAIS	146
6.1	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS: RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	147
6.1.1	Grupo A: Medicalização do novo padrão de comportamento infantil	147
6.1.2	Grupo B: Desatenção por comprometimento do processo auditivo e a medicalização	173
6.1.3	Grupo C: O reforço da cultura da medicalização	190
6.1.4	Grupo D: O discurso médico sobre o suposto TDAH e a medicalização	203

7	CONCLUSÃO	220
	REFERÊNCIAS	228
	APÊNDICES	252

1 INTRODUÇÃO

A presente tese tem como objeto de estudo as representações sociais de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), bem como do tratamento medicamentoso para os diferentes profissionais de uma cidade ao noroeste do Paraná que atendem crianças e/ou adolescentes com (suspeita de) TDAH. A escolha do tema se deve à necessidade de discutir as implicações (da falta) de diagnósticos corretos que, muitas vezes, leva ao laudo de um suposto transtorno, bem como a reflexão sobre a necessidade de tratamentos alternativos ao TDAH, visto que em muitos casos há diagnósticos equivocados ou falsos e tratamentos com uso de medicamentos quando não é necessário, provocando malefícios à saúde, ao desenvolvimento e até ao rendimento escolar de crianças e adolescentes.

Pesquisas desse gênero são relevantes ao campo da Educação devido à escassez de produções científicas advindas dos próprios educadores, como vemos em levantamentos bibliográficos de artigos científicos (CORDEIRO, 2016). Necessitamos de estudos e publicações de professores, pedagogos e demais profissionais da área escolar, que vivenciam as dificuldades no processo de aprendizagem e de desenvolvimento do sujeito desatento, hiperativo e que muitas vezes é diagnosticado errônea ou falsamente com TDAH. Esse fato somado à alienação social dos novos paradigmas emergentes do comportamento infantil, implica negativamente no trabalho do professor e isso precisa ser evidenciado.

Até que o professor descubra o que realmente está causando os déficits de aprendizagem no seu aluno, a fim adequar os procedimentos de ensino, pode ser tarde demais, considerando um ano letivo. Isso deve ser evitado com a identificação e conhecimento das causas reais dessas dificuldades escolares e com diálogo entre o profissional que acompanha o sujeito nos tratamentos com o educador, de forma que cada um em sua função ajude o aluno a superar as dificuldades alcançando a educação e o desenvolvimento que lhe é de direito. Precisamos refletir se de fato essa troca de conhecimentos acontece e se o profissional clínico explica aos professores as causas da hiperatividade e da desatenção, por exemplo.

Ainda sobre as consequências de um diagnóstico equivocado para o trabalho do professor, precisamos considerar que, muitas vezes, o medicamento é visto como a única forma de tratamento para os casos de desatenção e dificuldade no controle dos impulsos. Se o sujeito não possui um transtorno e faz uso de medicamento, pode ter comprometimento na saúde e até em seu desenvolvimento, incluindo aspectos cognitivos, sociais e outros que são trabalhados nas escolas. Um professor dificilmente conseguirá a atenção de um aluno se ele estiver

“dopado” por abuso do uso de medicamentos, o que pode acontecer se estes forem prescritos para quem não necessita usá-los.

Outro exemplo pode ser visto em casos em que a criança possui dificuldade na visão. Por não conseguir ler os enunciados no quadro, muitas vezes, ela prefere se levantar e realizar outras atividades fora de hora, sendo chamada de hiperativa e diagnosticada com TDAH. Nesses casos, o encaminhamento do professor para um neuropediatra, por exemplo, a fim de suprir demandas de um sujeito com o referido transtorno dificilmente será eficaz, pois se trata de uma dificuldade visual. Dessa forma, vemos que o trabalho do professor é influenciado pelos diagnósticos, bem como pelos tratamentos utilizados.

Os métodos de ensino desenvolvidos para uma criança com TDAH podem não ser os mesmos de uma criança com outros transtornos ou até mesmo com condições diferentes de aprendizagem. Logo, o professor precisa saber se há de fato um diagnóstico ou não. Constantemente o docente deve colocar em prática a sua capacidade de pesquisa, para ter embasamento teórico de como ensinar para essas crianças com novos padrões no comportamento que não necessariamente possuem um transtorno. Por meio de consultas científicas o docente pode desenvolver novos métodos que poderão auxiliar outros professores e assim criar uma gama de conhecimentos teórico-metodológicos. Esse é nosso maior desejo com essa pesquisa, ser uma fonte provocativa e inspiradora de produção de novos estudos e publicações sobre o contexto escolar e a prática docente.

Há oito anos pesquisamos o TDAH de diferentes formas e sempre com a orientação da professora Doutora Solange Franci Raimundo Yaegashi, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), com intuito de evidenciar esse transtorno na perspectiva da área da Educação. Iniciando pela graduação em Pedagogia, o interesse surgiu ao lermos uma reportagem sobre o assunto, que nos fez pensar como poderíamos educar tais crianças ao assumir a sala de aula. Por isso, em nosso trabalho de conclusão de curso dedicamo-nos a conhecer a definição do referido transtorno, assim como suas causas, as formas de tratamento e os profissionais que podem ajudar professores e gestores escolares em trabalhos interdisciplinares. Muitos autores de diferentes correntes teóricas se dedicaram e ainda se dedicam a conceituar o TDAH no campo científico, desde a sua origem (CORDEIRO, 2011). É por meio da leitura deles, de suas modificações e das práticas vivenciadas no campo da Educação ao longo desses anos que consolidamos no decorrer da presente tese o nosso conceito do transtorno e as considerações sobre os comportamentos sociais que vemos atualmente.

Em seguida, já atuando na Educação Básica, verificamos que o número de crianças com diagnóstico de TDAH é maior do que observamos em nossa pesquisa inicial, cuja literatura

aponta como sendo cerca de 5% da população infantil (BENCZIK, 2010; APA, 2014; GUISSO; FABRO, 2016). Também observamos que, na prática, as características desses sujeitos nem sempre coincidem com o que diz a literatura a respeito do assunto. Portanto, decidimos cursar uma Pós-Graduação *Lato Sensu* em Psicopedagogia Clínica e Institucional, a fim de verificar o outro lado do encaminhamento, ou seja, compreender sobre os processos diagnósticos que apontam esses sujeitos como “portadores de TDAH”. Dessa forma, em nossa monografia nos propusemos a estudar sobre os diagnósticos equivocados em torno do transtorno em questão, para identificar os possíveis erros no diagnóstico, no tratamento e no encaminhamento pedagógico. Por meio dessa pesquisa vimos que os equívocos em diagnósticos podem ocorrer na falta de consideração dos detalhes significativos para exclusão e criação de hipóteses sobre as dificuldades que o sujeito apresenta. Por exemplo, a falta de atenção pode ocorrer não apenas devido ao TDAH, mas, também, em decorrência de um comprometimento auditivo ou uma dificuldade visual, dentre outros aspectos que devem ser avaliados antes de se concluir um laudo (CORDEIRO, 2014).

Continuamos nosso percurso acadêmico no Mestrado em Educação, durante o qual entramos em contato com diversas temáticas, mas a questão do TDAH continuava nos inquietando. Propusemo-nos a investigar, então, a visão dos professores sobre o TDAH e decidimos seguir pelo caminho da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici. Dessa forma, investigamos as representações sociais de TDAH e de medicação para professoras da rede municipal de algumas escolas de uma cidade do noroeste do estado do Paraná. Verificamos que a literatura sobre o assunto é, em sua maioria, proveniente de autores da área da Saúde e apontam o TDAH como uma doença que precisa ser tratada com medicamento. Essa visão se replica nas significações de muitos professores, como identificamos nas representações da maioria das docentes participantes do estudo, que se ancoravam nesses discursos médicos veiculados nos meios de comunicação, bem como nos cursos de formação pedagógica. Assim, grande parte das entrevistadas definiu o TDAH como transtorno (biológico) que afeta a aprendizagem, assumindo, ao mesmo tempo, que se veem como profissionais responsáveis por essas crianças e adolescentes, no que tange ao processo de ensino e, também, revelam que são corresponsáveis pelo processo de medicalização ao qual crianças e adolescentes são submetidos, uma vez que encaminham com muita frequência seus alunos aos profissionais da saúde, a fim de que recebam diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, o medicamento ainda é visto por elas como a melhor forma de tratamento, embora em muitos casos vejam que este não surte efeitos positivos, sobretudo no rendimento escolar (CORDEIRO, 2016).

Nosso estudo revelou que algumas professoras se sentiam incomodadas com a prática da medicalização, pois afirmavam que, em alguns casos, não concordavam com o diagnóstico dado aos seus alunos, questionando-nos sobre como eles são realizados e de que forma ocorre a escolha do tratamento que, segundo elas mesmas, não surtem efeito no desempenho escolar e no desenvolvimento global de seus alunos. Esse contexto, aliado com o questionamento da própria Secretaria de Educação sobre a visão dos médicos em relação ao TDAH, nos fez entender que a nossa pesquisa de Mestrado ainda não chegara ao fim.

Com base nesses anos de estudo e nas práticas no campo da Educação, atualmente conceituamos o TDAH como um transtorno raro de ordem biológica cujas causas podem ser: 1) uso de entorpecentes na gestação, o que impacta na formação integral do cérebro; 2) disfunção dos neurotransmissores de dopamina; entre outros fatores que influenciam na integridade neuronal do sujeito. Tais fatores podem afetar partes do cérebro responsáveis pela atenção e/ou controle dos impulsos. Contudo, acreditamos que nesses casos a plasticidade neural ajuda o sujeito a se reorganizar organicamente. Como a atenção e a praxia são habilidades, logo, podem ser desenvolvidas. Portanto, os tratamentos que visam o estímulo das funções cognitivas são essenciais e mais eficazes do que os psicoestimulantes ofertados para essas crianças e adolescentes. No entanto, salientamos que não consideramos os fenômenos de diagnósticos de TDAH que vemos atualmente como algo verdadeiro. Sendo o TDAH uma condição rara, o número exorbitante de crianças com esse diagnóstico não está de acordo com o que diz a literatura.

Em nossa perspectiva as causas dessa hiperatividade e/ou dessa fragmentação na atenção que nossos alunos apresentam atualmente é um reflexo da sociedade contemporânea, pois os adultos não destinam tempo para ensinar as crianças a se sentarem e se comportarem em diferentes ambientes. As crianças não são estimuladas a ouvirem, olharem, sentirem, dentre outros ensinamentos que direcionem a atenção para que aprendam aos poucos a se focar. Hoje não temos uma sociedade para crianças, não temos tempo ou espaços voltados à infância, não temos brinquedos e brincadeiras que proporcionem equilibradamente os estímulos necessários para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Esses fatores sociais é que proporcionam o desenvolvimento de sujeitos com novos padrões de comportamento (mais ativos, muitas vezes ansiosos e sem controle de seus impulsos; com a atenção oscilando em vários estímulos ou instabilidade de concentração), e são pouco compreendidos pelos adultos de gerações mais passivas e que contribuem para produção de um suposto TDAH. Nesse meio ainda temos um conjunto de organismos que se esforçam para que acreditemos que estamos diante de uma doença ou um transtorno que precisa ser medicado.

Por considerarmos que atualmente não temos um surto de TDAH, mas, sim, uma nova condição humana, ou ainda, corpos clamando por atenção e por socorro, não julgamos a medicação como a melhor forma de tratamento para o suposto TDAH, visto que é o desequilíbrio de estímulos ora excessivo, ora em falta, que impede as crianças de desenvolverem habilidades cognitivas relacionadas à atenção e à praxia, resultando em dificuldades escolares. Dessa forma, apesar de não negarmos a existência de um transtorno biológico, esse não será o nosso foco principal, mas precisamos sim conhecê-lo para entender a diferença entre um TDAH orgânico e raro de uma dificuldade de atenção e/ou de controle dos impulsos, que se apresenta como uma nova forma de condição humana, ou seja, sujeitos mais ativos e menos concentrados. Portanto, olhamos para o fenômeno de supostos diagnósticos estimando a atenção e a praxia como habilidades a serem desenvolvidas.

Diante do exposto, a tese que pretendemos comprovar é: o que vemos chamarem de TDAH (fator biológico) não é um diagnóstico correto ou real, pois trata-se de uma interpretação equivocada dos comportamentos infantis, promovida pela mídia, pela indústria farmacêutica e outros organismos interessados em lucrar com a venda de medicamentos para o tratamento desse suposto transtorno. Para isso, promovem a patologização das dificuldades escolares, incentivam a prescrição de medicamentos como forma exclusiva de tratamento e contribuem para a manipulação dos corpos infantis e a cultura da medicalização.

Diante disso, nossa proposta para o Doutorado em Educação é identificar e analisar as representações sociais sobre TDAH e tratamento medicamentoso de diferentes profissionais que atendem crianças e adolescentes com suspeita desse transtorno, a fim de compreender as influências dessas significações no processo de diagnóstico e de tratamento desses sujeitos e se há relação com o biopoder presente em nossa sociedade. Assim, poderemos compreender como o referido transtorno é concebido por psicólogos, fonoaudiólogos, neurologistas, pediatras e psicopedagogos que atendem as crianças e os adolescentes que são encaminhados com a suspeita de terem um transtorno, de que maneira realizam o diagnóstico e quais as formas de tratamento mais utilizadas por esses profissionais, visto que suas significações do TDAH justificam os diagnósticos e a escolha de tratamentos que implicam diretamente no processo de aprendizagem e de desenvolvimento, bem como no rendimento escolar.

Os objetivos específicos consistem em: a) conhecer por meio de estudos bibliográficos a forma como o TDAH se constituiu na sociedade ao longo dos anos por meio da ciência, a fim de esclarecer o aumento de seu diagnóstico na atualidade; b) identificar as relações de biopoder na sociedade contemporânea, para que possamos refletir sobre a cultura da medicalização; c) compreender as implicações das representações sociais sobre TDAH e tratamento

medicamentoso no campo da Educação e da Saúde, a fim de identificarmos as ações que contribuem para a patologização das dificuldades escolares e refletirmos sobre as possíveis soluções.

Considerando que o diagnóstico e os tratamentos clínicos de crianças e adolescentes com o referido transtorno têm influência no âmbito escolar, especificamente em seu desempenho acadêmico, o estudo justifica-se pela necessidade de mais pesquisas do campo da Educação que evidenciem as questões relativas ao TDAH de forma crítica, refletindo sobre as implicações no trabalho do professor, os encaminhamentos exacerbados às clínicas de apoio, bem como sobre o uso desnecessário de medicamentos utilizados para o tratamento das dificuldades escolares.

A partir do exposto, a problemática de nossa pesquisa pode ser sintetizada da seguinte forma: As representações sociais dos profissionais entrevistados sobre TDAH e medicação influenciam no diagnóstico, no tratamento e na perpetuação da cultura da medicalização? Para responder à questão norteadora e atingir nossos objetivos, realizamos além de estudos bibliográficos, entrevistas com 24 profissionais de diferentes áreas que atendem crianças e/ou adolescentes com (suspeita de) TDAH, sendo dez psicólogos; sete fonoaudiólogas; quatro psicopedagogas; dois neuropediatras e uma pediatra. Para a coleta de dados utilizamos os seguintes instrumentos: a) questionário sociodemográfico e; b) roteiro de entrevista semiestruturada.

Como suporte teórico-metodológico adotamos a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, que investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos, para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Por suas relações com a linguagem, a ideologia, o imaginário social e, especialmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações contribuem para que analisemos os mecanismos que intervêm na eficácia dos processos diagnóstico e terapêutico.

A presente tese foi dividida em seis seções: a primeira, denominada como introdução, consiste na apresentação da perspectiva da autora sobre o objeto de pesquisa, bem como a explanação do tema, da tese, dos objetivos, da problemática, da justificativa e da escolha do encaminhamento metodológico.

A seção dois apresenta a construção histórica do TDAH com as definições que o transtorno teve ao longo da história por meio da ciência, bem como os diagnósticos e tratamentos que foram se desenvolvendo até a atualidade. Dessa forma, poderemos refletir sobre o aumento do diagnóstico desse suposto transtorno em nossa sociedade. Para

compreendermos o que de fato é o TDAH precisamos conhecer as funções psicológicas superiores, sobretudo as que possuem relação direta com esse transtorno, sendo principalmente a atenção e a praxia, as quais são abordadas nessa seção com base na Teoria Histórico-Cultural, a fim de distinguirmos um transtorno de uma dificuldade. Essa seção finaliza apresentando um panorama quantitativo de dissertações e teses que investigam o TDAH, bem como uma análise sistemática de trabalhos da mesma natureza, cujo tema seja medicalização, a fim de identificarmos em quais aspectos precisamos avançar nas pesquisas, sobretudo no campo da Educação. Dessa forma, também salientamos o diferencial da nossa tese, pois ainda não existem produções de educadores sobre as representações sociais de profissionais que lidam com crianças e adolescentes com suspeita de TDAH, de forma a refletir sobre a cultura da medicalização e da patologização das dificuldades escolares.

O trabalho segue com a seção três que denuncia a cultura da medicalização, a fim de refletirmos sobre a sociedade em que estamos, na qual o consumo de fármacos é alarmante, acabando por influenciar o desenvolvimento infantil, como presenciamos nas exacerbadas prescrições de medicamentos para crianças com suspeita de TDAH, em idade cada vez mais precoce. A seção tem a intenção de discutir as implicações da falta de uma educação para a conscientização e emancipação dos cidadãos. Nesse contexto, nos deparamos com as estratégias de organismos para manipulação em massa, o biopoder sobre os corpos e a valorização da área da Saúde em detrimento da área da Educação, revelando interesses capitalistas. Utilizamos como referencial teórico as obras de Foucault (1963; 1972; 1975; 1988; 1999; 2008). Dessa forma, constatamos indícios de que há um ciclo de patologização das dificuldades escolares que faz parte da cultura da medicalização perpetuada pela indústria farmacêutica, mídia e outros organismos que controlam a saúde e a educação infantil, implicando no desempenho escolar.

Na seção quatro abordamos os pressupostos da TRS, a fim de esclarecer sobre a metodologia e os métodos utilizados em nossa pesquisa. Para tanto, apresentamos o contexto em que a nossa teoria norteadora surgiu e seus principais conceitos de acordo com Moscovici (2012; 2015) e seus seguidores, a exemplo, Jodelet (1984; 1989; 2011; 2015), Jovchelovith (2011), dentre outros. Esses conceitos são utilizados para análise e discussão das entrevistas e por isso faz-se necessário sua compreensão.

Na seção cinco apresentamos os procedimentos metodológicos com a caracterização do campo de pesquisa, perfil dos participantes, instrumentos utilizados e procedimentos de coleta e análise de dados. Assim é possível identificar o perfil dos entrevistados, que pode ser relevante para a compressão das respostas analisadas.

Na seção seis analisamos as respostas das entrevistas e discutimos os resultados da pesquisa, a fim de compreendermos como se constituem as visões de mundo dos profissionais participantes desse estudo, acerca do TDAH e do tratamento medicamentoso. Esses dados são as evidências que comprovam ou refutam a nossa tese e as seções anteriores são suportes teóricos utilizados na argumentação dos resultados. A seção dois nos ajuda a identificar se os profissionais entrevistados compactuam com a proliferação de um suposto TDAH e como o definem, ou seja, um transtorno biológico ou um fator social. A seção três contribui para a compreensão de como ocorre a patologização das dificuldades escolares e como é a cultura da medicalização por trás dos diagnósticos e tratamentos medicamentosos. As seções referentes à TRS e aos procedimentos metodológicos dão subsídios para a efetiva análise dos dados coletados, que nos permite analisar as representações sociais que os entrevistados possuem a respeito do tema.

Por fim, nossa tese se encerra com a seção sete, na qual apresentamos a conclusão. Nessa parte evidenciamos os resultados e as discussões mais relevantes dessa pesquisa para o campo da Educação. Dessa forma, esperamos que essa pesquisa leve a discussões acerca das implicações educacionais dos diagnósticos e do processo de medicalização, bem como contribua para a reflexão acerca da relevância de professores e profissionais da saúde saberem o que é (um suposto) TDAH. Desejamos, sobretudo, que esses profissionais não sejam manipulados pelo biopoder, não compactuando com a proliferação da cultura da medicalização.

Diante do exposto, convidamos você, caro leitor, a ler essa tese de forma a refletir sobre as mazelas da nossa sociedade que sempre giram em torno da (falta de) educação.

2 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO TDAH: REFLEXÕES SOBRE O TRANSTORNO E OS SUPOSTOS DIAGNÓSTICOS

O intuito inicial dessa seção é apresentar a descoberta do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e seus primeiros anos de pesquisa (1902 até o final da década de 1990), a fim de compreendermos sua construção histórica. Dessa forma, podemos observar as modificações conceituais sobre o transtorno ao longo desses anos até a sua inserção nos manuais de diagnósticos que influenciam na definição do TDAH atualmente. Nas subseções explanamos as definições deste transtorno por diferentes autores ao longo do século XX e as primeiras décadas do século XXI, bem como as formas de diagnósticos e tratamentos já existentes, evidenciando o conceito de atenção, de movimento, sobretudo na Teoria Histórico-Cultural. Por fim, apresentamos na última subseção um panorama quantitativo das dissertações e teses publicadas sobre TDAH no século XXI na base de dados da Capes¹ e uma breve análise investigativa sobre os trabalhos *stricto sensu* que investigaram a medicalização no período de 2009 a 2018, para ressaltarmos a relevância da nossa pesquisa. Ao final dessa seção podemos compreender o que se entende por TDAH na contemporaneidade.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem sido amplamente discutido na literatura da área da Saúde, a qual aborda sua repercussão no desempenho escolar de crianças e de adolescentes. Estudiosos como Rodhe e Halpern (2004), que estudam o TDAH, bem como Barkley (2008) e outros, consideram que o marco oficial das primeiras pesquisas com crianças que apresentam desatenção e hiperatividade começaram com George Frederic Still (*1868-1941†), um pediatra inglês, que em 1902 se propôs a escrever sobre as condições psíquicas particulares de crianças que ele considerava ter um “defeito anormal de controle moral”.

Em contrapartida, autores como Caliman (2010) criticam esse marco nas pesquisas da história do TDAH por ter e propagar um viés estritamente biologizante, ou seja, considerando apenas os aspectos biológicos, reduzindo a criança e o adolescente a simples corpos, desconsiderando os aspectos psicológicos, sociais e cognitivos. Apesar de concordarmos com muitas ponderações que a autora explicita em suas pesquisas, incluindo a reflexão sobre as disseminações da história interna² do referido transtorno, também consideramos importante as pesquisas da Medicina e, especificamente, da Neuropsicologia, acerca da atenção e do comportamento/movimento/praxia.

¹ Coordenação de Desenvolvimento de Pessoal de Nível Superior.

² História contada pela perspectiva do discurso neurocientífico, na qual são exaltados os marcos médicos de sua formulação como avanços, pela afirmação de sua legitimidade biológica e cerebral (CALIMAN, 2010).

Nosso papel é contra hegemônico, visto que buscamos as rupturas de paradigmas existentes em torno do comportamento humano, estereotipado. Para tanto, precisamos desmistificar o TDAH estudando-o e compreendendo-o em cada período histórico, o que justifica a análise das pesquisas consideradas como “a história oficial” do transtorno em questão. Essa investigação ao longo dos anos, considerando as mudanças sociais, nos ajuda a compreender os fenômenos existentes por trás dos diagnósticos de TDAH que culminam com as críticas de Caliman (2010) e demais autores que repudiam os exacerbados e supostos diagnósticos. Considerando o exposto, iniciamos essas análises a partir das pesquisas de Still (1902).

No artigo intitulado “*On some abnormal psychical conditions in children*”, Still (1902) questionou se o que era chamado de “defeito de controle moral” estava vinculado a um estado mental mórbido, ou seja, a uma doença mental, denominada pelo próprio autor de desordem mental do intelecto (insanidade). Também buscou compreender em quais condições essa desordem ocorria. Desta forma, o autor observou ao longo de anos de sua profissão, crianças que apresentavam esse “defeito de controle moral”, atualmente nominado como impulso ou falta de controle inibitório. Para tanto, considerou diferentes aspectos que poderiam influenciar no comportamento infantil, tais como: histórico familiar, doenças mentais, histórico de gestação e de nascimento da criança, dentre outros fatores que poderiam causar impactos neurológicos, psíquicos e/ou cognitivos na criança, de forma a resultar em maus comportamentos e/ou desatenção.

Controle moral, segundo Still (1902, p. 4), se refere ao “[...] controle da ação de acordo com a ideia do bem de todos” (tradução nossa)³, sendo um sentido amplo, mais do que o bem-estar do outro, envolve, também, o bem-estar do “eu”. De modo mais objetivo, seria o controle dos impulsos, das ações que vão de encontro com o bem-estar do próximo, mas que também acabam atrapalhando a vida da própria pessoa que apresenta a agitação. O termo “moral”, utilizado por Still (1902), se referia, em sua época, aos bons costumes, ao comportamento social; justamente as características que atualmente os adultos ainda se queixam e contribuem para o diagnóstico de TDAH.

Em suas conclusões Still (1902) considerou diferentes possibilidades que levavam as crianças a terem dificuldades em seus comportamentos, a começar pela própria idade, visto que em anos iniciais da infância não se deve esperar um comportamento socialmente estável, tal como, sentar-se corretamente diante de adultos, ouvir conversas longas e sem interrupções. Isso depende de habilidades como paciência; controle do corpo; discernimento de certo e errado,

³ “[...] *the control of action in conformity with the idea of the good of all*” (STILL, 1902, p. 4).

para saber a hora correta de se colocar na conversa; dentre outros conhecimentos que se adquire ao longo da convivência social, que nos permite ter uma postura mais disciplinada, o que certamente não vemos em uma criança de cinco anos, por exemplo. Há também a questão do convívio do sujeito, sendo este um ambiente sem regras, limites e outras exigências para convivência social, não há como a criança obtê-los.

Em contrapartida, Still (1902) também encontrou em suas pesquisas, casos de crianças que possuíam comportamentos “imorais” advindos de lesões cerebrais, tumores, dentre outras patologias, inclusive doenças mentais. A esses casos o autor se refere a um “controle moral defeituoso”, em que há causas biológicas e patológicas.

Por fim, Still (1902) considerou em sua pesquisa o déficit mórbido do controle moral, que não tem necessariamente uma ligação patológica, como descrevemos no parágrafo anterior. Nesses casos pode haver, ainda, uma marcada incapacidade de concentração e atenção, dificuldades de memorização e/ou capacidade intelectual média da criança, além da relação moral já salientada. O autor se limitou a apresentar esses casos, visto que não havia como detectar as causas e nem a origem desses comportamentos, devido à falta de tecnologia da época.

Após suas observações o autor supracitado concluiu que essas crianças, em sua maioria, não apresentavam um comprometimento intelectual, independente das causas dessa imoralidade (lesões, patologia, falta de uma educação mais rígida), sendo elas capazes de aprenderem tudo o que lhes fosse ensinado:

[...] se a inteligência ordinária e a capacidade de aquisição educacional forem tomadas como medida do intelecto, então não há dúvida alguma da compatibilidade de um intelecto aparentemente normal com um defeito mórbido de controle moral. É claro que, embora não haja um prejuízo geral do intelecto nesses casos, há um defeito psíquico que pode ou não estar associado à anormalidade de determinados processos intelectuais [...] mas a causa de sua ocorrência permanece obscura (STILL, 1902, p. 45 – tradução nossa)⁴.

Consideramos que nos estudos iniciais sobre hiperatividade e desatenção, ainda que não utilizasse esses termos, Still (1902) levou em conta diferentes aspectos que podem estar relacionados com mau comportamento, desde a maturidade, passando por problemas

⁴ “*But I wish to insist upon the fact that if ordinary intelligence and the capacity for educational acquirements be taken as the gauge of intellect then there can be no doubt whatever of the compatibility of an apparently normal intellect with a morbid defect of moral control. It is clear that although there is no general impairment of intellect in these cases there is a psychical defect which may or may not be associated with abnormality of particular intellectual processes. The nature of this psychical defect we have already considered but the cause of its occurrence remains obscure*” (STILL, 1902, p. 45).

psicológicos até uma condição específica de algumas crianças, que não está relacionada diretamente com patologias. Nesse último caso, não havia, ainda, muita clareza das causas dessas volições. O que Still (1902) já havia concluído é que esses comportamentos não comprometem o intelecto da criança, fato com o qual até hoje concordamos.

Alguns anos depois das publicações de Still (1902), mais especificamente em 1917, houve um surto de encefalite letárgica, sobretudo nos Estados Unidos (EUA). As crianças acometidas por essa doença tinham, aparentemente, seu comportamento alterado após o tratamento. Esse fenômeno chamou a atenção de alguns especialistas da área da Saúde, que desenvolveram pesquisas sobre esse comportamento chamado de desordem pós-encefalite. Dentre os que se destacaram nesses estudos, Goldstein e Goldstein (1990) citam Hohman que observou um grupo de crianças que se recuperou fisicamente da doença, mas apresentavam características como: inquietação, desatenção, impaciência, hiperatividade, dentre outros que não eram apresentados antes do quadro de encefalite.

Para Leite Filho (1920) a encefalite letárgica era de fácil identificação, pois apresentava sintomas como febre, paralisias oculares e sonolência. Essa doença acometia grupos musculares ou músculos isolados localizados em um membro ou vários deles. Sua área afetada, como o próprio nome sugere, é o encéfalo, o conjunto do tronco cerebral, cerebelo e cérebro (parte superior do Sistema Nervoso Central), que hoje sabemos que são responsáveis pelo controle do organismo, especificamente pela parte motora, sensibilidade, nível de força muscular e tônus, o que explica a fragilidade muscular que os sujeitos sentiam.

A área afetada pela encefalite também é responsável pelo centro da vigília (mesencéfalo), o que prejudica o estado de alerta, que nos faz ficar atentos ao que está acontecendo ao nosso redor. Isso significa que o sujeito com a doença supracitada adquiria a dificuldade de dormir e/ou manter-se acordado de acordo com as demandas do ambiente. Este centro para o sono e a vigília se estende desde a região mesodiencefálica até o hipotálamo e núcleos da base. O que também explicaria as paralisias oculares, visto que regula o sono e pode controlar certos reflexos (PEREIRA, 1970).

Ao analisarmos esses sintomas e as áreas cerebrais atingidas pela encefalite letárgica, compreendermos porque muitos estudos relacionaram tal doença a comportamentos como inquietação e desatenção. O estado de alerta, como veremos mais detalhadamente na seção 2.2, é uma forma prematura de atenção, que nos permite ignorar determinados estímulos e atender outros, passando, posteriormente, a selecionar por meio dos sentidos ao que devemos nos focar ou não. Mas todas essas funções só atuam corretamente se a vigília estiver íntegra, do contrário, ficamos desatentos, dispersos, sonolentos.

Ainda que a encefalite letárgica explique muitas características do que hoje conhecemos como TDAH, a doença não pôde explicar todos os casos por muito tempo, visto que após os tratamentos e controle da epidemia, não se ouviu falar mais em encefalite letárgica, sendo hoje considerada uma doença rara. Com isso, as causas do TDAH foram dissociadas da encefalite letárgica depois de alguns anos, mas a teoria de que uma lesão em determinadas áreas cerebrais pode provocar desatenção e hiperatividade persiste (BENCZIK, 2010).

Ao longo da história do TDAH tivemos muitos estudos que o relacionavam com lesões cerebrais, síndromes, além de muitas pesquisas sobre comportamentos hiperativos e a atenção que nos ajuda a compreender o que seria, de fato, um padrão ou não no desenvolvimento infantil. Dessa forma, notamos que apesar de muitas pesquisas não estarem, a princípio, voltadas à descoberta de causas e definições do TDAH, elas compõem um acervo de conhecimento para que consigamos compreender melhor algumas de suas questões.

Segundo Shorter (2005) os conceitos de lesões cerebrais surgiram com mais notoriedade em 1941, a partir de pesquisas do pediatra Arnold Lucius Gesell (*1880-1961†) que descrevia as consequências comportamentais de crianças, cujas causas eram patológicas. O autor complementa que na década de 1950 houve muita tentativa de permuta do termo “lesão cerebral mínima” para “disfunção” ou Dano Cerebral Mínimo (DCM). “Em uma criança que não tem histórico de doença cerebral, não se pode afirmar com confiança que os danos cerebrais são precursores necessários e constantes do transtorno do comportamento hipercinético” (MACKEITH, 1950, p. 88 *apud* SHORTER, 2005, p. 33 – tradução nossa)⁵. Neste contexto também houve uma crescente busca de pais por médicos psiquiatras para avaliar seus filhos com aparente DCM, crescendo, também, o número de diagnósticos; de forma semelhante ao que vemos atualmente em relação ao TDAH.

Na época fez-se necessária a mudança para um termo mais adequado desse distúrbio que acometia crianças e preocupava seus pais. Em 1954, Maurício W. Laufer, Eric Denhoff e Gerald Solomons, propuseram o termo “impulso hipercinético” para descrever crianças que apresentavam falta de controle corporal, curto período de atenção e que não conseguiam se concentrar. No entanto, essa terminologia não explicava determinadas causas de comportamento de crianças com a possível hiperatividade (SHORTER, 2005).

Durante os anos de 1920 (fim da Primeira Guerra Mundial) até o final da década de 1950 (anos pós-Segunda Guerra Mundial), esses comportamentos da infância foram muito

⁵ “*In a child who has no history of a devastating cerebral illness, it cannot be stated with confidence that ‘brain damage’ is a necessary and constant precursor of hyperkinetic behavior disorder*” (MACKEITH, 1950, p. 88 *apud* SHORTER, 2005, p. 33).

estudados, bem como a funcionalidade do cérebro humano. Com tantos mortos e feridos nas grandes guerras, sobretudo na última, foram necessárias pesquisas do campo da Saúde, para ajudar na recuperação de homens mutilados de todas as formas. Testes e exames com pessoas que apresentavam danos cerebrais significativos ganharam espaço na Medicina, resultando em descobertas essenciais para a compreensão das funções cerebrais.

Decker (2015) explicita que o maior estudioso na área de lesões cerebrais nessa época foi o psicólogo soviético Alexander Romanovich Luria (*1902-1977†), convidado a supervisionar a recuperação de pacientes advindos da Guerra. Assim surgiu a Neuropsicologia, que nos ajuda a compreender as causas neurológicas de determinadas dificuldades apresentadas pelo sujeito, principalmente em termos cognitivos, visto que essa ciência estuda as áreas cerebrais e suas respectivas funções, a fim de explicar as habilidades humanas.

Essas descobertas foram essenciais para compreendermos alguns aspectos do TDAH, pois uma das queixas recorrentes em crianças com esse diagnóstico é a falta ou a instabilidade de atenção. Assim, conhecer as bases neurológicas da atenção ajuda a compreender as dificuldades apresentadas pelo sujeito, sendo possível identificar a origem do problema biológico, suas causas e realizar uma intervenção adequada.

Luria (1981) dividiu o cérebro em três unidades cerebrais, sendo denominadas de Primeira, Segunda e Terceira Unidade Cerebral, cada uma com áreas responsáveis por determinadas habilidades. Atualmente muitos estudos já avançaram em relação à teoria de Luria (1981), sobretudo no que se refere às habilidades humanas, mas sua teoria ainda é considerada relevante devido às contribuições para o campo da Neuropsicologia. Sendo a atenção e a praxia habilidades cognitivas superiores, Luria (1981) conseguiu identificar as áreas responsáveis por diferentes formas de atenção. Com os conhecimentos científicos que temos atualmente, podemos identificar as áreas comprometidas pelo referido transtorno, o que varia de sujeito para sujeito.

Até mesmo as queixas de hiperatividade podem ser estudadas pelo campo da Neuropsicologia, que explica por meio de bases neurais os fatores que podem causar alguns comportamentos impulsivos. No entanto, atualmente os estudos neuropsicológicos não são as prioridades na realização de exames e avaliações de crianças com suspeita de TDAH, com fins de auxiliar na exclusão de hipóteses que não confirmam uma lesão ou uma disfunção

neurobiológica. Isso é constatado em falas de profissionais da área de saúde que, em primeira instância, citam os manuais médicos sobre distúrbios e transtornos para definir, diagnosticar e tratar o referido transtorno.

Ainda que a Neurociência tenha conquistado muitas descobertas no século XX, não se tinha tecnologia que comprovasse por meio de exames, por exemplo, a implicação de disfunção ou de uma lesão nas habilidades de atenção e comportamento. Além disso, tivemos grande influência da área médica por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)⁶. Sua primeira edição foi em 1952, mas foi em 1968, em sua segunda edição, que as definições de TDAH começaram a ganhar espaço. Na época a denominação mais utilizada ainda era “disfunção cerebral mínima”, diante disso, o DSM-II o definiu como um transtorno caracterizado por níveis excessivos de atividade, chamando-o de Reação Hiperkinética da Infância (APA, 1952; 1968).

Já em 1980, o DSM-III decidiu ampliar as características do transtorno incluindo a tríade desatenção, impulsividade e hiperatividade. Ao analisarmos esses manuais vemos que a partir desta edição começou a ser utilizada a expressão “Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade”, porém, em 1987 se transformou em “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, mantida nas edições posteriores (IV e V). Observamos por meio da leitura dos Manuais IV e V, respectivamente lançados nos anos de 1994 e 2014, que eles apresentam apenas um conjunto de características superficiais que crianças com TDAH podem demonstrar (APA, 1980; 1994; 2014).

As críticas tecidas ao Manual são diversas, neste momento vale destacar a falta de elementos que definem o que é TDAH. Sendo assim, muitos autores como Barkley (1997), Rohde (2000), Caliman (2010), dentre outros que veremos na subseção a seguir, se propuseram no decorrer desses anos a definir este transtorno por diferentes vertentes, bem como apresentam possíveis causas, formas de diagnósticos e de tratamentos, na tentativa de ampliar os conhecimentos científicos sobre essa disfunção que atinge algumas pessoas, bem como seus familiares e amigos. Diante do exposto, passamos a apresentar as definições mais comuns de TDAH fundamentadas pelos autores supracitados, dentre outros, com o intuito de verificar como elas foram se construindo até chegar às definições que temos atualmente, impactando os diagnósticos e seus tratamentos.

⁶ Do Inglês *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM).

2.1 DEFINIÇÕES, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS DO TDAH: EVIDÊNCIAS DE UM PARADIGMA EMERGENTE

Nesta subseção abordamos as discussões sobre o que é Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na concepção de autores contemporâneos e como foram os primórdios dos diagnósticos e seus tratamentos, para que possamos compreender o fenômeno que está acontecendo em nossa sociedade atual sobre o crescente diagnóstico de um suposto transtorno. Para tanto, buscamos nos estudos de Caliman (2010) os resgates históricos já realizados, contrapondo com outros autores que também possuem pesquisas reconhecidas sobre o assunto (ROHDE, 2000; PHELAN, 2005; MOYSÉS; COLLARES, 2011).

Logo de início Caliman (2010) destaca que para ser possível identificar as primeiras descrições do TDAH seria necessário um levantamento minucioso dos quadros patológicos presentes nas classificações psiquiátricas. Porém, ao considerarmos as características básicas que compõem o referido transtorno, a tarefa se torna mais complexa. A tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade que hoje são inegavelmente partes constituintes do TDAH, ainda que não seja necessário que todas apareçam no mesmo sujeito segundo o DSM-V, podem estar presentes em diagnósticos diversificados. Concordamos com as afirmações de Caliman (2010), pois são muitos fatores, internos e externos ao sujeito, que podem provocar desatenção, impulsividade e hiperatividade, sem necessariamente ser TDAH. Encontramos, portanto, o primeiro desafio para um diagnóstico confiável.

Atualmente considera-se que a hiperatividade nos casos de TDAH por fatores biológicos pode ser inata, visto que esse transtorno é uma disfunção neurológica com a qual o sujeito nasce. Contudo, em nossa perspectiva ela pode ser controlada pelo indivíduo com o tempo, ainda que não extinta. Isso é possível pelo fato de a hiperatividade ser uma inabilidade de se controlar. Com base em Vygotsky (1991), afirmamos que o movimento é uma habilidade de controle dos impulsos e como tal pode ser desenvolvida.

Muitos autores com intuito de legitimar a história do TDAH percorrem pelas narrativas científicas de seu diagnóstico, o que para Caliman (2010) pode ser comprometedor, visto que é composto de outros diagnósticos, confusos e duvidosos. Isso pode ser ilustrado por meio dos estudos acerca da encefalite letárgica que, por vezes, demonstrou que alguns de seus sintomas era a hiperatividade adquirida. Porém, em pleno século XXI essa doença já não é tão estudada e suas causas, sintomas e diagnósticos foram totalmente desassociadas do TDAH. Isso, por outro lado, não impede que demais transtornos, síndromes e distúrbios atuais possam apresentar queixas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade. Ao considerarmos a instabilidade de

atenção, por exemplo, podemos encontrá-la em pessoas com Transtorno de Oposição Desafiante, em pessoas com Transtorno de Espectro Autista (TEA) e até em pessoas que não possuem nenhum transtorno ou distúrbio, mas apenas não receberam os estímulos necessários para o desenvolvimento dessa habilidade.

Também é complexa a identificação do TDAH, pois pode haver comorbidade de transtornos e distúrbios, agravando o quadro, deturpando a origem dos problemas e dificultando a escolha adequada das formas de tratamentos. Dessa forma, vemos o segundo desafio para um diagnóstico legítimo de TDAH. Não é incomum encontrarmos nas literaturas científicas casos de crianças com TDAH que também apresentam distúrbios de ansiedade múltipla (presente em 30% dos casos de TDAH), depressão grave (20%), distúrbio bipolar (10%) dentre outros (PHELAN, 2005). Diante desse fato, ficam as dúvidas durante um diagnóstico: Qual distúrbio surgiu primeiro? Quais os agravantes entre eles e o sujeito? Como deve ser o tratamento para ambas as disfunções? Isso sem mencionar a gama de possibilidades que norteia o diagnóstico, tais como: a) apenas um dos distúrbios pode ser diagnosticado; b) o TDAH pode ser confundido e diagnosticado como outro transtorno; c) outro transtorno pode ser erroneamente diagnosticado como TDAH.

De fato, o diagnóstico não é simples. Delinear a história do TDAH por meio de seu diagnóstico é complexo, pois ainda há equívocos nesse processo. Os meados do século XX foram marcados pela expansão dos estudos da Neurociência, além do TDAH outros transtornos, distúrbios, síndromes e doenças estavam no início de suas descobertas.

Foi nesse período que houve necessidade de nomear as partes do cérebro, compreender suas funções e disfunções e assim conhecer novas habilidades humanas, transformando em conhecimentos cientificamente elaborados e ampliando as informações sobre os males que acometem a integridade cerebral. Os exemplos mais próximos do TDAH que podemos citar são os estudos de Dupré (1925). No final do século XIX, o supracitado neurologista francês foi o primeiro a relacionar partes cerebrais humanas ao funcionamento e ações do corpo (movimento), quebrando paradigmas existentes entre mente e corpo, unificando o ser humano. Isso significa que nossos movimentos dependem da integridade cerebral que possui áreas específicas no comando e regulação dos comportamentos.

A dicotomia entre corpo e psique também foi superada nas teorias de Wallon (2007) que por meio da psicogênese da pessoa completa explica que o homem deve ser visto como um todo, ou seja, considerando seus aspectos físicos, psíquicos, cognitivos, emocionais e sociais. Dessa forma, temos que olhar para o sujeito em sua totalidade, a fim de identificar as causas do problema que o afligem.

Obviamente Dupré (1925) e Wallon (2007) não pesquisaram sobre o TDAH, mas suas teorias ilustram o desenvolvimento dos estudos da Neurociência no final do século XIX e início do século XX, período em que Still (1902) também escrevia sobre o comportamento humano, as disfunções cerebrais e morais, dentre outros assuntos que hoje podemos correlacionar ao TDAH. Todavia, inicialmente tudo fazia parte de um novo caminho a ser desbravado e, por isso, precisamos analisar o início da história do TDAH pelo viés da Medicina, pois foram os profissionais dessa área que primeiro divulgaram estudos sobre desatenção e hiperatividade.

Como Still (1902) possui as teorias iniciais que mais se aproximam do que hoje sabemos sobre o TDAH, seus estudos são citados por muitos autores como o marco da história oficial deste transtorno (BARKLEY, 1997). Dentro desse percurso, há lacunas sobre as causas do TDAH, seu diagnóstico e formas de tratamentos. Vejamos a diferença temporal que há entre as teorias de Still (1902) e os primeiros relatos científicos sobre o diagnóstico do Déficit de Atenção e Hiperatividade, em 1940, quando surgiu a expressão Lesão Cerebral Mínima, em que se acreditava que havia uma lesão do Sistema Nervoso Central (SNC), responsável por alterações comportamentais, sobretudo hiperativas (BENCZIK, 2010). Contudo, por não comprovarem a existência de uma lesão, outra teoria surgiu, originando um novo nome na década de 1960, Disfunção Cerebral Mínima, cujas características eram:

- a) acometer apenas comportamento e aprendizagem, justamente as áreas mais complexas e de maior complexidade à avaliação no ser humano;
- b) critérios subjetivos, vagos, sem definição (por exemplo: hiperatividade, agressividade, baixa tolerância a frustrações, entre inúmeros outros) e sem número mínimo de sinais, de modo que preencher um critério apenas já era suficiente para fazer o diagnóstico;
- c) ausência de sinais ao exame físico e neurológico;
- d) ausência de alterações em qualquer exame laboratorial, incluídos radiografia e eletroencefalograma (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p. 141).

A disfunção não é sinônimo de lesão, por isso a terminologia para indicar um transtorno neurobiológico ficou mais próximo do seu real significado com base em pesquisas mais atuais. Após essa nomenclatura e descrição, surgiu também na década de 1960 a necessidade de se definir com mais precisão essa disfunção, visto que muitos criticavam a superficialidade dos sintomas, sendo abrangentes e pouco eficazes na construção de um diagnóstico (BENCZIK, 2010; CALIMAN, 2010). Contudo, ao invés de intensificarem pesquisas e publicações que esclarecessem o que de fato é o raro transtorno de desatenção e hiperatividade, no mesmo período a Associação Americana de Psiquiatria (APA)⁷ desenvolveu o Manual Diagnóstico e Estatístico de

⁷ Do Inglês *American Psychiatric Association* (APA).

Transtornos Mentais II (DSM-II), no qual apresentou alguns critérios diagnósticos, utilizando o termo Reação Hiperkinética da Infância, que também eram vagos:

308.0* Reação hiperkinética da infância (ou adolescência)* Esta desordem é caracterizada por hiperatividade, agitação, distração e curto período de atenção, especialmente em crianças pequenas; O comportamento geralmente diminui na adolescência. Se esse comportamento é causado por dano cerebral orgânico, ele deve ser diagnosticado sob a síndrome do cérebro orgânico não psicótico apropriado (APA, 1968, p. 67 – tradução nossa)⁸.

Apenas na década de 1970 o termo Hiperatividade passou a ser utilizado por autores que estudavam o TDAH, apresentando características sutis de distração e impulsividade como sintomas (HALLOWELL; RATEY, 1999). Segundo Caliman (2010) o diagnóstico foi ampliado dessa vez, pois o transtorno poderia ocorrer com ou sem hiperatividade, o foco das pesquisas estava mais centrado na atenção, toda patologia mental incluía sintomas de déficit de atenção. A partir das publicações dos DSM nos deparamos com a terceira dificuldade de um diagnóstico real.

Ao mesmo tempo em que o DSM-II chamava de Reação Hiperkinética, a Classificação Internacional de Doenças (CID-9) denominava de Síndrome Hiperkinética. Podemos notar que a nomenclatura sempre foi uma difícil escolha para denominar o que hoje chamamos de TDAH e isso é um reflexo da interpretação das características do referido transtorno, o que implica em um diagnóstico assertivo, logo, um tratamento coerente e eficaz (APA, 1968; OMS, 1976).

Em 1980, o DSM-III enfatizou as implicações nos aspectos cognitivos, sobretudo em relação ao déficit de atenção e a falta de controle dos impulsos. Com os novos estudos e descobertas, passou a ser nominado como Distúrbio do Déficit de Atenção e, em sua revisão de 1987, Distúrbio de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. De acordo com Moysés e Collares (2011), devido a críticas sobre a palavra “distúrbio” (do inglês *disorder*), o termo foi substituído aqui no Brasil por “transtorno”, o qual é utilizado até hoje.

A partir da década de 1990, o TDAH começou a ter uma estabilidade em sua nomenclatura, o DSM-IV padronizou em suas edições a partir de 1994 como *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, que aqui no Brasil é traduzido como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Se antes o referido transtorno tinha sido considerado um defeito de controle moral, depois uma lesão do SNC e uma disfunção cerebral, nessa época ele foi

⁸ “308.0* *Hyperkinetic reaction of childhood (or adolescence)* This disorder is characterized by overactivity, restlessness, distractibility, and short attention span, especially in young children; the behavior usually diminishes in adolescence. If this behavior is caused by organic brain damage, it should be diagnosed under the appropriate non-psychotic organic brain syndrome*” (APA, 1968, p. 67).

interpretado como um defeito inibitório dos impulsos, ou seja, uma disfunção neurológica; desde então, essa definição vem se ampliando a partir de novas descobertas.

Contudo, as descrições do transtorno pelo DSM são falhas até a atualidade, devido à escassez de informações. Não é possível realizar um diagnóstico correto e eficaz pautando-se apenas em um manual. Autores como Barkley (1997); Hallowel e Ratey (1999), dentre outros que se dedicaram a estudar o TDAH na década de 1990, ajudaram a ampliar os conhecimentos acerca das características desse transtorno, a fim de auxiliar no diagnóstico com a criação de instrumentos, bem como formas de tratamentos. Desde então, o número de publicações acerca do tema vem aumentando consideravelmente, cujo estopim foi a partir de 2000, inclusive no Brasil (CORDEIRO, 2016). O número de crianças com esse diagnóstico também está aumentando desde então, o que não é positivo se considerarmos que muito do que se chama de TDAH atualmente é, na verdade, um paradigma emergente na e da sociedade contemporânea, ou seja, trata-se de uma mudança no padrão do comportamento infantil devido aos reflexos da nossa sociedade atual.

Devemos contextualizar os conceitos de TDAH para compreendermos suas modificações. Durante os séculos XIX e XX as pesquisas sobre a atenção e o comportamento eram predominantemente da área da Saúde e visavam a compreensão de corpos hiperativos e mentes desatentas por um viés estritamente biológico, ou seja, o TDAH é uma disfunção neurobiológica rara, cujas causas podem ser diversas, como veremos na subseção 2.2, mas que sempre possuem uma disfunção na estrutura neurobiológica do sujeito. Em nossa perspectiva, o que vemos atualmente não são inúmeras crianças com disfunções neurológicas raras, mas, sim, sujeitos com comportamentos mais ativos, instabilidade de atenção ou com tempo reduzido de concentração advindos de fatores sociais.

Para percebermos a mudança no comportamento humano e nos libertarmos do autoritarismo da Medicina, precisamos olhar para as questões sociais e culturais em que estamos inseridos. Girão e Caloço (2018, p. 3-4) explicitam que olhar para o sujeito com TDAH apenas com foco organicista “[...] fortalece a ideia de que os ambientes sociais e culturais não contribuem para o desenvolvimento do problema, além de reforçar a opinião geral de que o melhor – e quem sabe o único – tratamento é aquele de base farmacológica”. Vygotsky (1987) explicitava a necessidade de olharmos para o desenvolvimento humano considerando os aspectos orgânicos e culturais de forma indissociável, por isso ressaltamos a importância de olharmos para o sujeito como um ser biopsicossocial, complexo e impossível de ser totalmente compreendido e explicado por uma definição diagnóstica clínica. Somos mais do que um corpo,

somos também mente e cultura, por isso ser avaliado de apenas uma perspectiva é reduzir o ser humano.

Ciências fora da Medicina vêm se dedicando nos últimos anos ao estudo do TDAH e do comportamento humano de forma geral, a exemplo, a Pedagogia e a Sociologia, entre outras que consideram a associação direta de comportamentos hiperativos e desatentos com as mudanças sociais, evidenciando os novos padrões de comportamento não associando com questões patológicas. Esses estudos ajudam a ampliar os conhecimentos acerca do tema por uma perspectiva Histórico-Cultural e precisamos cada vez mais de suas publicações para nos impormos como ciências tão respeitáveis quanto a Medicina. Consideramos que a sociedade do século XXI já é bem diferente dos séculos em que o TDAH foi descoberto, agora com sujeitos mais ativos e com ritmos mais acelerados, repletos de estímulos. Nessa lógica, as ciências humanas possuem grande competência para contribuir com a compreensão de corpos hiperativos e desatentos. Girão e Caloço (2018, p. 11) enfatizam que muitas vezes

[...] tenta-se reduzir e simplificar os fenômenos com respostas parciais e paliativas, que, no caso do TDAH e outros problemas de natureza semelhante, são facilmente localizados no plano orgânico e buscado na medicalização a alternativa mais eficiente para controlar a conduta da criança. Perde-se de vista as consequências para a construção subjetiva e as repercussões para o aprendizado e desempenho escolar dessas crianças, quando se define um diagnóstico que encerra em si os objetivos das avaliações.

Em consonância com a ideia exposta na citação, em que se reduz o comportamento humano, ignorando o desenvolvimento infantil, Barini (2014) ressalta que os pseudossintomas apresentados pelas crianças com suspeita de TDAH são reflexos de exigências sociais acerca do comportamento infantil, que quando não cumpridas são consideradas pelos adultos como uma patologia a ser tratada. Essas exigências é que devem ser evidenciadas e consideradas quando olhamos para corpos hiperativos e desatentos.

Consideramos, portanto, que a hiperatividade e a fragmentação da atenção que presenciamos atualmente nas crianças e adolescentes possuem causas sociais, que são totalmente diferentes das causas de TDAH descobertas no século XIX, cujos fatores são biológicos. A existência de um não exclui o outro. Não negamos a existência de crianças com TDAH de fatores biológicos, mas as consideramos raras. Também não negamos que muitas crianças são hiperativas e possuem instabilidade de atenção, contudo, não consideramos que essas questões sejam em totalidade um transtorno, mas, sim, um novo padrão de comportamento

infantil, cujas causas são sociais e os motivos emocionais e/ou psicológicos como destacaremos ao longo dessa seção.

Na atualidade o diagnóstico de TDAH (biológico) se confunde com um novo padrão de comportamento, aliado com a falta de instrumentos que comprove a existência de um TDAH. Nesse sentido, torna-se difícil acreditar que todos os casos diagnosticados como sendo TDAH tenham, de fato, origem em transtornos neurobiológicos. No início da década de 1990, tivemos muitas pesquisas em torno dos instrumentos de diagnósticos. Os exames por imagem (ressonância magnética, neuroimagem, por exemplo), os testes de Q.I e os questionários para crianças, pais e professores dos sujeitos com TDAH estavam sendo aprimorados desde a década supracitada, porém, já com críticas de não serem o suficiente para o diagnóstico eficaz. Isso ainda ocorre porque todos os testes e exames em torno do TDAH apresentam muitas variáveis (ALVES, 1998; SZOBOT *et al.*, 2001; COLLARES; MOYSÉS, 2010).

Os instrumentos ineficazes de avaliação, aliados aos manuais diagnósticos superficiais proporcionam a classificação de crianças com condições inerentes à sociedade contemporânea como sendo acometidas pelo TDAH, disseminando falsos diagnósticos. Isso leva à medicalização da infância, com o intuito de controlar esses comportamentos que destoam do esperado pelos adultos. De acordo com Eidt (2004 *apud* LEITE, 2010) temos um “suposto distúrbio”, que seria a utilização de um transtorno como justificativa de um comportamento ou de uma dificuldade apresentada pelo sujeito, cujas características são as mesmas, mas que a causa de fato não é um transtorno.

Isso acontece com muitas crianças que possuem um comportamento mais ativo do que as demais, ao ponto que sua inquietação e impulsividade implicam negativamente em sua atenção. Nesses casos em que a criança não possui disfunção neurológica, mas apresenta as mesmas características do TDAH, recebe-se esse laudo denominado de suposto transtorno. Isso acontece quando há mau acompanhamento clínico caracterizado pela falta de exames médicos e de provas científicas de um TDAH, aliada a não investigação completa da vida do sujeito, o que desconsidera o meio social e apenas se foca na parte biológica, esquecendo-se que somos seres biopsicossociais.

Por essas variantes que impedem a constatação exata de um TDAH, temos o alto risco de marcarmos a vida de uma criança com um falso diagnóstico. Mas afinal, como se realiza um diagnóstico de TDAH sem essa comprovação exata? Em geral, quem os procede são psicólogos, psiquiatras e neurologistas basicamente com análises clínicas (questionários e outros instrumentos que veremos posteriormente). Mesmo com tantas pesquisas na literatura acerca do transtorno, infelizmente o principal instrumento norteador ainda é o DSM, que atualmente

está em sua quinta edição. Em seu prefácio encontramos a seguinte convicção da APA (2014, p. 43):

O DSM se propõe a servir como um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais. Trata-se de uma ferramenta para clínicos, um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área⁹.

Existem críticas negativas sobre o mau uso do Manual, que como o próprio título sugere, é apenas um “passo a passo” a ser seguido teoricamente pelos médicos (ORTEGA, 2004, 2008; CAMARGO JÚNIOR *et al.*, 2006; PIGNARRE, 2006; CALIMAN, 2009; PHILLIPS, 2010; HACKING, 2013). Caponi (2014) apresenta uma série dessas críticas que se destacaram sobretudo após a divulgação do DSM-V. A autora ressalta que o objetivo último dos DSM é estabelecer uma unidade e equivalência entre todos os profissionais do mundo, a fim de criar uma linguagem universal, o que explicaria tamanha diferença entre os conceitos de uma mesma doença entre uma edição e outra, bem como a quantidade de transtornos que surgem a cada novo lançamento.

Tecemos mais críticas a partir do trecho supracitado do DSM-V, em que afirma ser um “guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso”. As ações norteadoras em um diagnóstico não devem ser práticas, mas, sim, eficazes. Para isso, é necessária a escolha correta da metodologia diagnóstica, dos testes, das avaliações, bem como os demais instrumentos investigativos, pois apenas confiar em um manual não garante a “organização das informações e um diagnóstico preciso”, como acredita o DSM-V (APA, 2014, p. 43).

Ao pesquisarmos sobre o TDAH no DSM-V encontramos a explicação de que ele foi envolvido no grupo de transtornos do neurodesenvolvimento, ou seja, uma condição que se manifesta no início do período do desenvolvimento. Mas se apenas considerarmos que o movimento e a atenção estão em desenvolvimento desde antes do nosso nascimento e ignorarmos que eles continuam ao longo de nossas vidas, essa concepção do transtorno apresenta um risco ainda maior para o aumento de diagnósticos equivocados ou de supostos diagnósticos. Se até cerca de dez anos atrás os diagnósticos eram realizados em maior parte após o fim da primeira infância, seis anos de idade, atualmente, sobretudo com o incentivo sutil e quase imperceptível do DSM-V, os diagnósticos têm sido cada vez mais frequentes em

⁹ Excerto retirado da página XLIII (p. 43) do prefácio do DSM-V.

crianças em torno de três anos (LUCENA, 2016). Quanto tempo levará para começarem a realizar diagnósticos, de TDAH e outros transtornos do neurodesenvolvimento, em bebês? Isso, em nossa visão, significa desconsiderar todas as teorias de desenvolvimento humano que apresentam os estágios, os níveis e as fases pelas quais passamos desde o nascimento até a fase adulta, sobretudo nos aspectos cognitivos, afetivos e sociais que vemos nas pesquisas de Wallon (2007), Piaget (1999) e Vygotsky (1991).

Para as teorias piagetiana e walloniana, faz parte do desenvolvimento humano o movimento desordenado e involuntário, muitas vezes impulsivo, que gradativamente vai se tornando planejado e coordenado. Da mesma forma, o desenvolvimento da atenção, juntamente com a percepção e outras funções psicológicas superiores precisa progredir de um estágio em que predominam os reflexos para um mais elaborado, segundo preconiza a teoria vygotskyana. Tudo isso só vai começar a parecer mais controlado por volta dos sete ou oito anos. Desta forma, como exigir que uma criança de três anos tenha controle do seu comportamento e de sua atenção?

O DSM-V ainda apresenta a seguinte definição para o TDAH:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento (APA, 2014, p. 73).

Considerando as características mencionadas na citação, quantas crianças que fazem parte do nosso contexto apresentam essas características? Por mais que o TDAH possua fatores internos (disfunção neurológica na regulação de dopamina; nas áreas responsáveis pela atenção e/ou movimento e impulsos) há também fatores externos, tais como a cultura, os aspectos sociais e emocionais (estilo de vida agitado, sem rotina; ambiente escolar inadequado para a aprendizagem do indivíduo; acontecimentos que influenciam a psique envolvendo pessoas do convívio da criança, tais como brigas, óbitos, separações, entre outros), que devem ser considerados. Para tanto, seguir o manual não proporciona ao profissional realizar o diagnóstico de forma segura e adequada.

Por essa superficialidade e ainda por apresentar como características diagnósticas a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade é que muitos autores, com os quais

concordamos, criticam o DSM e os profissionais que o utilizam exclusivamente em suas consultas (FRANCES, 2013; INSEL, 2013). Em nosso entendimento, em casos de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade, é necessária a realização de *anamnese* com os pais, entrevista com a criança, com os professores e seus responsáveis, observações da criança em diferentes locais (na clínica, na escola, no parque, em casa), aplicação de atividades específicas que envolvam os aspectos cognitivos, a fim de que se tenha o maior aporte de informações que possibilite a construção e o descarte de hipóteses. Exames também são necessários para confirmar ou excluir casos de comprometimento auditivo e visual.

Compreendemos que dessa forma o profissional terá condições de refinar as informações até obter o diagnóstico ou sua exclusão. Isso é olhar para o sujeito em sua totalidade, em seu aspecto biopsicossocial, a fim de ajudar a superar o problema que pode estar afetando sua aprendizagem e seu desenvolvimento e não simplesmente rotulá-lo como alguém que tem TDAH, Transtorno de Espectro Autista, Transtorno Bipolar, Dislexia e outros. Significa tratar o sujeito como um ser humano, com respeito e dignidade, acima de qualquer burocracia e interesse financeiro.

Conforme o exposto, ao longo de todo o percurso histórico o TDAH foi definido como uma patologia, ou uma lesão em que as causas poderiam ser traumas neurobiológicos. Aliando esse conceito com a utilização em massa do DSM a partir de meados do século XX, por profissionais da Saúde responsáveis pelos diagnósticos, que persistem até a atualidade, podemos considerar que ainda há um enfoque organicista nas concepções contemporâneas do sujeito “hiper-ativo” e com baixa concentração, bem como há patologização e medicalização dos comportamentos infantis (CALIMAN, 2010; MOYSÉS; COLLARES, 2011; LEITE; RABELLO, 2014). Muito se evoluiu com as pesquisas sobre as mudanças na sociedade e os estudos do comportamento humano, porém, a utilização desses conhecimentos no momento de avaliações para diagnósticos não parece ser uma prática frequente dos médicos responsáveis pelos inúmeros laudos do suposto TDAH.

Atualmente encontramos muitos estudos sobre TDAH que utilizam correntes teóricas que o define como um transtorno de causas multifatoriais, considerando os aspectos históricos e sociais do sujeito (EIDT; TULESKI, 2010; NEVES; LEITE, 2013; CORDEIRO, 2016; LUCENA, 2016). É necessário, portanto, reconhecermos a necessidade de mais pesquisas dessa natureza, a fim de superar a visão organicista que se instaura sobre o novo padrão do comportamento humano e causa implicações no processo de ensino e de aprendizagem, como vemos a partir da medicalização da educação, que atinge cada vez mais crianças em idades precoces.

Se o histórico de descrição das características e as formas de diagnósticos do TDAH já são complicados, o que dizer das formas de tratamento? Antes mesmo de se definir o TDAH, em 1937, já se utilizavam medicamentos, anfetaminas, como forma de tratamento de problemas associados ao comportamento e à aprendizagem (BRADLEY, 1937), o que segundo Moysés e Collares (2011) envolveu muitas questões antiéticas por já se saber na época que as anfetaminas, utilizadas nos experimentos de Bradley (1937), causavam efeitos colaterais em adultos e mesmo assim foi utilizado em crianças. Diante do exposto, como tratar um transtorno cujo diagnóstico é impreciso? Se por um lado são necessárias mais pesquisas sobre o fenômeno do TDAH na perspectiva Histórico-Cultural e de formas eficazes de diagnóstico, por outro é preciso mais divulgação de formas alternativas de tratamentos para TDAH que não sejam relacionadas ao medicamento, sobretudo para crianças.

Como Mattos (2005) aponta em seus estudos, muitas vezes, as características do TDAH se sobressaem no ambiente escolar e assim são identificadas por professores e repassadas aos responsáveis pela criança. Isso significa que o TDAH possui repercussão na aprendizagem, seja pelo comportamento que o impossibilita de sentar-se e ficar na carteira pelo tempo necessário da explicação do conteúdo ou de uma atividade, seja pela instabilidade de atenção advinda dessa hiperatividade ou não, que o impede de se atentar ao que está sendo explicitado pela professora.

Sendo a escola o ponto inicial da identificação do TDAH e o ponto final de sua repercussão, consideramos que seria necessário investir também em pesquisas que corroborem para uma melhor mediação do professor com esse aluno. Sugestões de práticas pedagógicas, desenvolvimento de instrumentos que auxiliem no ensino e na aprendizagem de crianças hiperativas e com déficits de atenção, seriam atualmente os melhores tratamentos para crianças e adolescentes com o suposto TDAH, visto que enfatizariam o desenvolvimento de habilidades necessárias para cognição, socialização e maturação emocional, que são os objetivos de trabalho da escola e as principais dificuldades das crianças e adolescentes com o diagnóstico do referido transtorno. Dessa forma, independentemente se a criança apresenta uma desatenção em virtude de fatores internos ou externos, o trabalho pedagógico voltado ao desenvolvimento cognitivo seria mais eficaz do que a medicação de uma dificuldade que nem sempre é biológica e diagnosticada de forma correta.

Ao considerarmos os aspectos biopsicossociais de um sujeito o olhamos como um todo complexo e não como um simples fragmento. Nessa concepção, áreas como a Psicologia, a Psicopedagogia, a Psicomotricidade, a Neuropsicopedagogia, dentre outras que aliam o desenvolvimento e a aprendizagem à ludicidade, podem ajudar no desenvolvimento de novas estratégias de intervenção e tratamento do TDAH sem envolver medicamentos, pois o sujeito

não é visto apenas pelo seu organismo, mas, também, pela sua psique, suas emoções e suas relações. Essas formas alternativas de tratamento podem propiciar o desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias e potencializar outras já existentes.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 010/00, o psicólogo, ao fazer uso da Psicoterapia, busca compreender, analisar e intervir por meio de aplicações sistematizadas e controladas de métodos e técnicas psicológicas, a fim de promover a saúde mental (BRASIL, 2000). No caso de crianças e de adolescentes com TDAH, o psicoterapeuta deverá trabalhar com os pais e responsáveis, a rotina familiar, envolvendo todos, inclusive a escola, na compreensão do transtorno e nas formas de cada um colaborar com o melhor desenvolvimento do sujeito (PEREIRA; SILVA, 2011).

A Psicopedagogia é a ciência que estuda a aprendizagem em todos os contextos, escolar e não escolar, cujo objetivo é buscar a compreensão integradora do processo de aprendizagem. Dessa forma, as dificuldades que envolvem esse processo também são estudadas, a fim de serem superadas, mas não é o foco exclusivo, visto que a potencialidade das aprendizagens é tão importante quanto os enfoques terapêuticos (CAMARGO, 2012). Dessa forma, o psicopedagogo pode auxiliar no acompanhamento cognitivo da criança com TDAH, ajudando-a a desenvolver as habilidades necessárias para a aprendizagem que ainda não possui e potencializando as que já têm. Sempre pelo viés lúdico, a Psicopedagogia vai proporcionar elementos que estimulem a atenção e o controle corporal.

Alguns instrumentos e metodologias utilizadas em clínicas de Psicopedagogia são: a) Arteterapia, que possibilita a expressão da criança e do adolescente, trabalhando o autoconhecimento, autoestima, reconhecendo suas dificuldades e habilidades; b) jogos como xadrez, quebra-cabeça, jogos que envolvam encontrar brinquedos e objetos no espaço, dentre outros que estimulam a atenção; c) jogos com regras que estimulam o autoconhecimento motor, autocontrole e percepção corporal; dentre outras opções (STROH, 2010).

A Psicomotricidade, por sua vez, é a ciência que estuda o corpo em movimento, sem desconsiderar a unidade humana, ou seja, os aspectos psíquicos/emocionais, cognitivos e motrizes são contemplados em todas as suas atividades. A Psicomotricidade possui as seguintes abordagens: a) Educação Psicomotora, que tem o objetivo de favorecer o desenvolvimento de gestos, movimentos, equilíbrio e outros aspectos, sendo mais voltado a pessoas sem comprometimentos neuromotores, mas que precisam conhecer o próprio corpo; b) Reeducação Psicomotora, que visa a intervenção com pessoas que precisam desenvolver determinadas habilidades psicomotoras mais voltadas para aspectos motores como percepção espacial, paralisia de um dos membros, dentre outras e; c) Terapia Psicomotora, que possui o objetivo de

trabalhar com pessoas com dificuldades emocionais com repercussão motora, ou seja, cujo corpo se expressa em demasia em momentos inapropriados ou cujo corpo não se expressa (LE CAMUS, 1986; LAPIERRE, 1989; BARROS, 2005).

Todas as abordagens da Psicomotricidade trabalham com o enfoque lúdico. É preciso trabalhar o corpo em movimento, ler e interpretar suas ações e reações, a fim de realizar as mediações necessárias. A Psicomotricidade Educacional deve ser trabalhada nas escolas por meio de aulas lúdicas, nas aulas de Educação Física e de Artística, das quais todos os alunos, incluindo os com TDAH, devem participar, visto que faz parte do estímulo necessário ao desenvolvimento infanto-juvenil. No caso específico de TDAH, é necessário trabalhar com a abordagem de Terapia Psicomotora, em que o psicomotricista faz a leitura desse corpo inquieto, em movimento e sinergia com o meio, assim, compreende e realiza as intervenções necessárias.

A Neuropsicopedagogia é um campo que promove educação de qualidade com foco no trabalho da Educação Inclusiva, bem como o atendimento prioritário a crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem. Dessa forma, o neuropsicopedagogo pode compreender quais regiões cerebrais precisam de mais estímulos para desenvolver determinadas habilidades necessárias ao seu desenvolvimento e aprendizagem, bem como elaborar estratégias pedagógicas que facilitam o processo de ensino como utilização de recursos visuais, auditivos, dentre outros; elaboração de avaliações neuropsicopedagógicas com finalidade de compreender as dificuldades e potencialidades dos alunos, dentre outras competências que beneficiam alunos com ou sem TDAH (CONSELHO TÉCNICO-PROFISSIONAL DA SBNPp, 2016).

Assim como as múltiplas definições e correntes teóricas que estudam o TDAH, temos diferentes tratamentos que podem ser utilizados para propiciar o desenvolvimento da atenção e da praxia, visto que as queixas maiores sobre crianças agitadas e desatentas se concentram nas dificuldades de aprendizagem causadas pelos déficits nessas funções cognitivas, o que não justifica o uso de medicamentos.

Da mesma forma que afirmamos que um ser humano é singular, devemos estender essa individualidade aos acometidos pelo TDAH. Nenhum sujeito com transtorno é igual ao outro, logo, as formas de tratamento e intervenções pedagógicas também não são. Diante do exposto, faz-se necessário o conhecimento da neurobiologia do sujeito com o diagnóstico de TDAH, para melhor intervir em suas dificuldades e potencializar as habilidades. No entanto, as formas de diagnósticos ainda são restritas; a neuroimagem recebe críticas por não ser confiável, visto que os resultados obtidos com o cérebro em atividade podem ter várias interpretações, a exemplo, Moysés e Collares (2011) citam que para identificar o TDAH nas imagens o sujeito deve realizar uma atividade ligada à atenção, como a leitura. Assim, se o sujeito não estiver

atento, essa desatenção aparecerá no exame, mas o contraponto que autoras argumentam é que a falta de atenção em determinado momento pode ter diversas causas, tais como o desinteresse, ou até o fato de não saber ler, o que também seria apontado como falta de atenção e não necessariamente TDAH.

No caso dos testes de Coeficiente de Inteligência (Q.I.), Alves (1998) aponta em suas pesquisas que pode haver muitas variáveis entre um sujeito e outro, desde o gênero até a escolaridade do sujeito. Dessa forma, o especialista que usa esse instrumento fica restrito ao manual de cada teste. Por fim, os questionários para pais e professores não podem ser utilizados de forma isolada, assim como qualquer outro instrumento de diagnóstico. De todas as formas o profissional fica com poucas evidências, muitas vezes apenas se embasa nos manuais, que como já salientamos são superficiais. Desculpas como a falta de tempo para realizar observações e entrevistas com os responsáveis pela criança e pelo adolescente com diagnóstico de TDAH, tornam-se frequentes para justificar a ausência de um conjunto de materiais de coleta de dados que forneçam evidências científicas de um transtorno ou de uma condição momentânea.

Sem materiais para diagnósticos precisos há exacerbado número de equívocos que ocorrem devido à falta de evidências científicas de um transtorno (biológico), ou mesmo casos que de fato seriam TDAH e não são identificados. Como salienta Leite (2010), isso proporciona uma abertura aos ensaios terapêuticos, ou seja, ao invés de realizarem-se diagnósticos precisos e posteriormente indicar o melhor tratamento para cada sujeito, faz-se um diagnóstico em função da resposta ao medicamento, que por sua vez é visto como a única forma de tratar dificuldades de atenção e hiperatividade. Isso contribui para as inúmeras prescrições desnecessárias de medicamentos, que nem sempre são condizentes com o real quadro do sujeito, visto que não se trata de TDAH, mas, sim, um suposto transtorno.

Essas evidências fortalecem ainda mais a nossa tese de que os diagnósticos estão intrínsecos à patologização das dificuldades escolares, que imergem as crianças e os adolescentes na cultura da medicalização, ensinando-os que todas as dificuldades inerentes ou não de fatores biológicos, devem ser remediados. Acreditamos que essa é uma das técnicas de biopoder para manipular o comportamento infantil.

Nesse sentido, é necessário que sejam desenvolvidas pesquisas sobre o TDAH no âmbito educacional, nas quais os professores possam colaborar, expressando suas experiências com essas crianças, desenvolvendo e divulgando estratégias pedagógicas. Pesquisas de outras áreas deveriam focar ainda novas formas de tratamentos não medicamentosos, que envolvam psicólogos, psicopedagogos, psicomotricistas, neuropsicopedagogos, dentre outros. Para tanto,

faz-se necessário conhecer o que de fato é um transtorno, suas causas e suas implicações, bem como o que de fato é atenção e praxia. Tudo isso pode ser discutido na subseção a seguir.

2.2 FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES: ATENÇÃO! O CORPO FALA

Nesta subseção voltamos nossa pesquisa à atenção e à praxia/movimento, que de acordo com a Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky (1987; 1991) e seus colaboradores são duas funções psicológicas superiores, elementos de nossa cognição que possuem relevância para aquisição de conhecimento. Atualmente ambas são alvos de queixas frequentes em crianças que são encaminhadas pelas escolas e diagnosticadas muitas vezes com TDAH pelos médicos. A atenção não desenvolvida dá margem a críticas de falta ou instabilidade de atenção e curto período de concentração, já o não desenvolvimento do controle corporal leva à hiperatividade, excesso de movimentos, inquietação, impulsividades, dentre outros comportamentos que causam mal-estar em nossa sociedade. Devido a esses fatores, faz-se necessário a compreensão das funções cognitivas afetadas pelo TDAH ou que não foram estimuladas, logo, não desenvolvidas, a fim de distinguirmos o que de fato é um transtorno e o que pode causar confusão, levando a um suposto diagnóstico, para tanto, nos pautamos na Teoria Histórico-Cultural, mais especificamente nas obras de Lev Vygotsky e seus colaboradores, que defende essas funções como habilidades que podem ser desenvolvidas na interação eu-outro e eu-meio.

A atenção e o movimento vêm sendo estudados há muito tempo; na medida em que as ciências foram se consolidando na Idade Moderna, todo o corpo, a mente e a psique humana foram sendo estudadas, mas suas intensificações só foram ocorrer no século XIX, sobretudo no campo da Neurociência. Aqui encontramos a Neurofisiologia e a Neuropsicologia, por exemplo, campos que investigam as funções mentais, como a atenção e a praxia. O corpo em movimento também foi objeto de estudo da Psicomotricidade, campo também permeado pelos estudos da Neurociência, mas que objetiva mais a relação do corpo externo com o meio, em prol das aprendizagens e desenvolvimentos humanos.

Em relação ao corpo em movimento tivemos um reconhecimento, iniciado por Dupré (1925) que foi o primeiro a incluí-lo como uma função psicológica superior. O movimento do animal irracional é instintivo, realizado por reflexos de defesa, ataque, dentre outros motivos que sua natureza impõe. Já em nosso caso, os movimentos são planejados, calculados, intencionais e por isso é chamado de praxia, logo, destacamos que não é qualquer movimento. Por meio deles aprendemos a lidar com o meio, a nos relacionar com o outro e com os objetos,

dessa forma, aprendemos, ensinamos e também nos desenvolvemos, fazendo com que nosso comportamento se torne humanizado. Diante dos fatos, a praxia também deve ser considerada uma função psicológica superior e que está atrelada aos aspectos cognitivos.

Foi nos estudos de Vygotsky (1991) que o movimento, ou comportamento, como função superior se tornou mais reconhecido no campo científico. O objetivo central dos estudos de Lev Semyonovich Vygotsky (*1896-1934†), segundo Tuleski (2002), era o estudo dos processos de transformação do desenvolvimento humano na dimensão histórico-social, que focalizava nos mecanismos psicológicos mais sofisticados da espécie humana, as funções mentais superiores: percepção, atenção, memória, pensamento, linguagem e comportamento.

Devemos explicitar, para a melhor compreensão da relevância dessa pesquisa, que todas as funções supracitadas estão intrinsecamente ligadas, sendo a percepção e a atenção as mais influenciadas, enquanto a linguagem é a mais influente. O movimento, por sua vez, é a primeira função que notamos no desenvolvimento, pois *a priori* nascemos com os reflexos, movimentos e gestos involuntários, sem muito significado e até desordenados, mas que conforme nosso desenvolvimento integral vai se tornando mais elaborado e significativo. A memória e o pensamento, por fim, dependem do desenvolvimento de cada uma das funções para serem aprimoradas (VYGOTSKY, 1987).

A respeito dos estudos sobre a atenção, Freitas (2011, p. 44-45) enfatiza que

[...] a atenção teve grande destaque no século XIX, sendo recomendado o treino específico para seu desenvolvimento e expansão, tendo a educação o papel de articular possibilidade para que as crianças fizessem sua atenção nos modelos morais aconselháveis da época. Os sujeitos deveriam modificar e controlar seus impulsos de acordo com as necessidades externas. A medicina desse período tratou de elaborar um discurso científico, e escrever sobre neurofisiologia passou a ser uma de suas bases. O ser humano foi definido como indivíduo, e impulsividade e falta de controle foram tomados como signos patológicos. A psiquiatria se consolidou na crença de uma etiologia orgânica da patologia mental, e mesmo o indivíduo não sendo considerado o responsável direto por suas ações, toda a sua intenção deveria estar voltada para a manutenção e o controle individual da atenção.

As funções cognitivas não são apenas fatores biológicos, mas, também, socioemocionais. Dessa forma a atenção, o comportamento e as demais funções, por mais que dependam de um sistema orgânico, podem e devem ser desenvolvidas em contato com o outro e com o meio (VYGOTSKY, 1996). Considerando os aspectos histórico-culturais, precisamos olhar para a atenção e para o comportamento como habilidades a serem desenvolvidas desde a tenra idade. Os adultos que cuidam de um bebê são responsáveis pela gênese dos estímulos que ajudam a desenvolver essas e as demais funções psicológicas superiores. As figuras materna e paterna são as primeiras que ajudam o sujeito a conhecer e se interessar por cores, formas,

texturas, sons, cheiros e sabores. Isso também envolve o afeto e a relação mãe-bebê, papai-bebê ou qualquer outro responsável que assuma essas figuras (SANTOS; ARAÚJO, 2016). Segundo Lucena (2016, p. 41),

[...] em um primeiro momento (nos primeiros meses de vida) seria o adulto que orienta a atenção da criança por meio de mediações concretas (indicação com o dedo) e depois abstratas (por meio da linguagem). A criança torna-se então capaz de subordinar sua atenção à fala do adulto e depois à sua própria vontade.

Considerando o exposto, se não há interação com o bebê desde seu nascimento, em que o adulto chame a atenção para sua voz, os objetos ao redor, dentre outros fatores, a criança não terá um bom desenvolvimento da atenção ou o mesmo será tardio. Essa tarefa fica exclusivamente a cargo da família até que a criança entre na escola, Educação Infantil, onde também deverá receber estímulos, mais elaborados, para continuação de seu desenvolvimento psicológico, cognitivo e motor, dentre outros aspectos.

Certamente, uma criança que não é estimulada em sua atenção e em seu comportamento não desenvolverá as habilidades necessárias e assim terá déficits de atenção, falta de controle dos impulsos, além de dificuldades na aprendizagem. A falta de limites e de regras, por exemplo, não ajudam a criança a perceber qual é o comportamento adequado em cada ambiente, o que pode resultar em indisciplina, desconhecimento corporal, falta de controle de impulsos, dentre outras características que se assemelham à hiperatividade. Um estilo de vida sem planejamento e orientações, deixa as crianças agitadas, inseguras por não saberem o que esperar dos adultos e acabam por manifestar suas ansiedades e angústias por meio do comportamento, além de se tornarem inquietas em meio à agitação da vida adulta, à qual são expostas, sobretudo em virtude do ritmo acelerado da contemporaneidade.

Com base nos estudos de Vygotsky (1987), precisamos olhar para a criança agitada e desatenta de uma perspectiva mais ampla do que apenas em sua atenção e seu comportamento. Se as funções psicológicas são interligadas, uma depende do desenvolvimento da outra, o que só acontece por meio de estímulos corretos ao longo de toda a nossa vida. Podemos exemplificar com a afirmação de Vygotsky (1987) de que a linguagem possui influência sobre todas as demais funções superiores. Se um adulto não ensina a criança desde a tenra idade a direcionar sua atenção em meio a tantos estímulos secundários, ela crescerá com mais dificuldade de se focar. Esse adulto pode ser tanto os pais como outros responsáveis pela criança em seu cotidiano, bem como os professores no ambiente escolar, que também precisam trabalhar essas funções desde a Educação Infantil.

Pensemos em um pai que ao estar com essa criança em casa veja um avião sobrevoando sua cidade e diga: “Olha filho, um avião”. A criança que possui vários estímulos visuais no momento, como animais, pessoas, carros e um campo de visão linear, precisa deslocar sua visão para um foco específico, o avião. Imaginemos agora uma mãe que está em um parque com sua filha e escuta um pássaro cantando e diz: “Escuta filha, um pássaro”. Novamente notamos que a criança precisa focar sua atenção nesse som em meio a gritos de outras crianças, barulhos de carro, latidos, entre outros estímulos auditivos que no momento devem ser secundários. Esses estímulos advindos de pais, responsáveis e professores ajudam as crianças a desenvolverem suas funções psicológicas superiores. Nesses exemplos podemos averiguar duas situações salientadas por Vygotsky (1987), a primeira é o desenvolvimento da linguagem, pois se a criança entende o comando verbal ou os gestos dos pais, é porque já possuem significados para ela, ainda que não domine e faça uso da linguagem oral; a segunda é a linguagem permeando o desenvolvimento da atenção, na medida em que um adulto por meio da fala direciona a atenção de uma criança, ela aprende a escutar um comando, segui-lo e focar sua atenção.

O mesmo ocorre com o movimento, os pais ou responsáveis precisam ensinar as crianças desde bebês como se comportarem em cada lugar e em cada situação; do contrário, dificilmente uma criança vai aprender a controlar seus impulsos. Isso demanda que se fale o tanto que for necessário para que a criança internalize como se comportar. Essa educação corporal é muito necessária para que a criança tenha atenção, memória e demais aspectos cognitivos voltados ao foco principal. Mais uma vez vemos uma função influenciando outras. Se uma criança não aprende a controlar seus impulsos, não conseguirá manter a atenção nas aulas, logo, não aprenderá, causando dificuldades escolares cada vez maiores, até que alguém a encaminhe e com essas características possivelmente receba o diagnóstico de TDAH, quando na verdade é apenas falta de estímulo. Por essas influências, precisamos compreender as funções psicológicas no todo, sobretudo na atenção e no comportamento que mais caracterizam o TDAH.

A percepção humana, apesar de limitada, depende dos nossos sentidos (visão, audição, olfato, tato e paladar) e torna-se cada vez mais complexa de acordo com as nossas aprendizagens e possibilidades de desenvolvimento. Quanto mais aprimoramos essa função, mais nossos movimentos se desenvolvem, pois na medida em que realizamos gestos repetitivos, ainda que involuntários, notamos, aos poucos, que as nossas ações causam reações (o choro leva ao leite; estender as mãos leva ao colo, assim sucessivamente). Logo, os gestos involuntários passam do estágio de reflexo para movimentos intencionais e planejados. Nessa fase, que antecede a linguagem oral, o corpo torna-se instrumento de linguagem universal, pois de acordo com o comportamento do bebê, seus responsáveis sabem do que ele precisa. A

atenção, por sua vez, possui desenvolvimento de forma semelhante à percepção, visto que ao nascermos temos pequenos reflexos de atenção, mas só se torna voluntária¹⁰ a partir dos sete ou oito anos de idade, com a ajuda da linguagem e o desenvolvimento da percepção, pois não há como se atentar se não conseguimos perceber o mundo por meio dos sentidos (VYGOTSKY, 1987; 1991).

A linguagem perpassa todas as funções psicológicas, visto que na medida em que nossa percepção fica mais apurada, nos atentamos a determinados fatos e tentamos nos expressar pelo corpo ou pela fala. Em contrapartida, com o auxílio da linguagem a criança tem um propulsor no desenvolvimento das demais funções psicológicas, visto que pode ter maior domínio da atenção, da percepção e dos movimentos, vejamos:

Além de reorganizar o campo visuo-espacial, a criança, com o auxílio da fala, cria um campo temporal que lhe é tão perceptivo e real quanto o visual. A criança que fala tem, dessa forma, a capacidade de dirigir sua atenção de uma maneira dinâmica. Ele pode perceber mudanças na sua situação imediata do ponto de vista de suas atividades passadas, e pode agir no presente com a perspectiva do futuro (VYGOTSKY, 1991, p. 27).

Na citação vemos as três funções agindo em sintonia. Ainda de acordo com o autor supracitado, a memória, assim como a atenção, se torna voluntária por volta do fim da primeira infância, no entanto, logo com o desenvolvimento da percepção, vamos formando memórias que nos ajudam a desenvolver a atenção, o comportamento e a linguagem. Com tudo isso, temos também o desenvolvimento do pensamento, tão complexo quanto os demais.

Diante do exposto, vemos a complexidade das funções superiores e sua relevância para nosso desenvolvimento e aprendizagem. O comprometimento da atenção e da praxia pode acarretar implicações na aprendizagem, justamente pelo fato de estarem relacionadas com as demais. Se não desenvolvemos a conscientização corporal e o controle do corpo, não conseguimos nos concentrar no que realmente é importante, logo, não criamos memórias e nem novas aprendizagens. Dessa forma, devemos estar atentos às crianças e aos adolescentes hiperativos, cujos corpos falam e devemos interpretar esses comportamentos, pois se há uma

¹⁰ É necessário destacarmos o significado da palavra “voluntária” para Vygotsky (1987), visto que ele a utiliza para diferenciar as funções psicológicas elementares (comuns a animais irracionais e a humanos) das funções psicológicas superiores (exclusivas dos humanos). Sabemos que os animais irracionais também possuem atenção e memória, por exemplo, contudo, não conseguem utilizá-las para agirem de forma planejada. Já nós, seres humanos, conseguimos usar todas as funções psicológicas para agirmos, tornando-as superiores aos dos animais, visto que fazemos isso de forma intencional, ou seja, voluntária. Por isso o autor utiliza expressões como atenção voluntária e memória voluntária, que indicam que nós, humanos, voluntariamente as utilizamos para agirmos de forma planejada, diferentemente dos animais irracionais.

inquietação que atrapalha a aprendizagem, precisamos ajudar o sujeito a superá-la e nem sempre é um transtorno.

A hiperatividade pode estar relacionada a vários fatores, que não são necessariamente comprometimentos neuronais, o que causaria um transtorno, mas, sim a estresse, depressão, dentre outros relacionados aos aspectos emocional e psicológico. Silva e Tavares (2010) ressaltam a importância de se atentar ao que uma criança fala por meio de seu comportamento, lembrando que a linguagem corporal é importante na infância, visto que ainda é o meio principal pelo qual a criança e muitas vezes o adolescente ainda se expressam, até mesmo quando seu comportamento é apático. O corpo que fala em excesso ou que se cala, merece nossos olhares, pois alguma intervenção precisa ser feita.

Com base nos estudos evidenciados até o momento, devemos compreender que para que tenhamos um transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade eu preciso ter um sujeito que nasce com um comprometimento ou disfunção neurobiológica. Sem a comprovação dessa disfunção qualquer menção da desatenção e da inquietação a um transtorno não pode ser considerado um transtorno real, mas apenas especulação. Precisamos observar as características psíquicas e sociais do sujeito, para tanto, a Teoria Histórico-Cultural nos ajuda a compreender que a desatenção e/ou inquietação podem ser causadas por falta de estímulos ou por implicações do meio.

Notamos que as funções psicológicas superiores são tão complexas quanto o próprio ser humano, dessa forma, percebemos porque o diagnóstico nunca é simples. Cada sujeito deve ser avaliado em sua singularidade, uma criança com TDAH não é igual a outra com o mesmo diagnóstico. A falta de atenção de um sujeito pode ter causas totalmente adversas aos demais, isso porque depende de estruturas neurobiológicas, da qualidade do sono, da rotina familiar e escolar, da forma como o sujeito é ou não estimulado para se concentrar, enfim, múltiplos fatores.

Por haver causas sociais que levam à falta de atenção e à “hiper-atividade” é que existem autores que não concordam com a existência do TDAH, pois afirmam ser apenas um aspecto comportamental e não patológico. Aliados à falta de tecnologia que realmente mostre as causas orgânicas desse transtorno, temos as especulações da mídia e o grande lucro da indústria farmacêutica que se beneficia de “doenças” que atingem grande parte da população, podendo vender histórias de um lado e medicamentos de outro. Considerando o exposto devemos investigar o que os corpos hiperativos estão representando e o que está causando a desatenção em tantas crianças. Olhar para esses sujeitos apenas em questões biológicas já não responde questões comportamentais de crianças do século XXI. Nesse sentido, precisamos cada vez mais

de publicações que vejam o sujeito em sua plenitude, considerando seu contexto social, pois este meio forma pessoas cada vez mais ativas e com a atenção dividida em múltiplos estímulos. Por isso, na seção a seguir apresentamos um panorama das publicações acerca do TDAH e da medicalização neste século, analisando as publicações da última década.

2.3 TDAH E MEDICALIZAÇÃO EM TRABALHOS *STRICTO SENSU*: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE 2009 A 2019

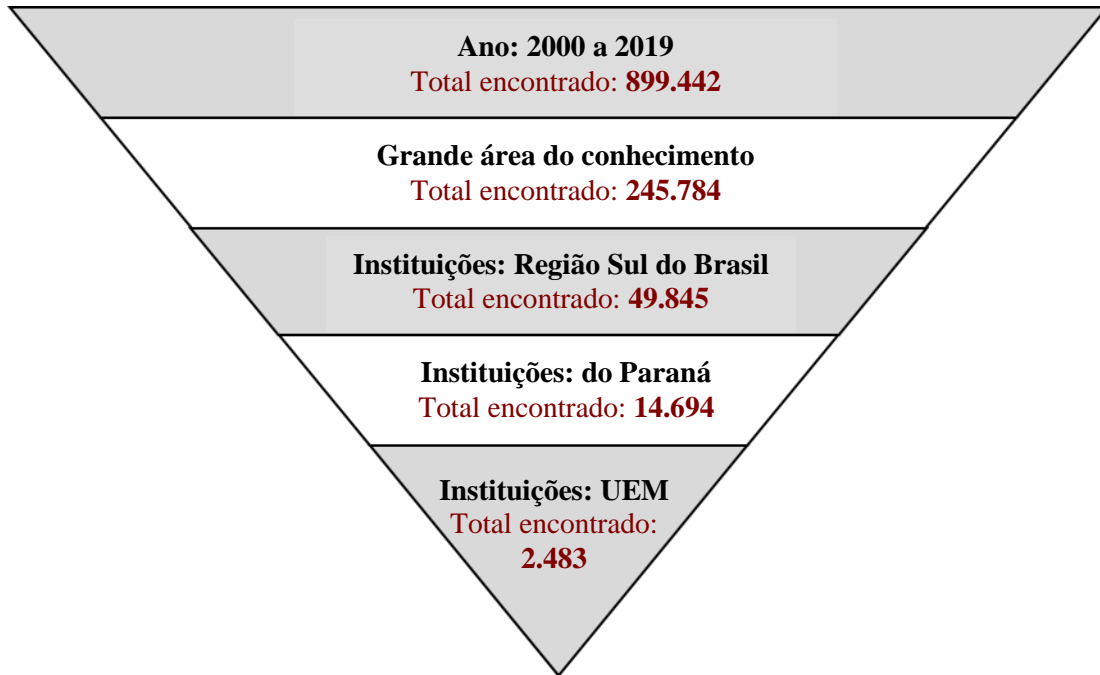
Nesta subseção é apresentado um panorama quantitativo de Dissertações e Teses que abordam sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, com a finalidade de obter uma amostra das publicações *online* em nosso país a partir do início do século XXI. Vimos em tópicos anteriores que a história do TDAH teve seu início aparentemente em 1902 e até o final da década de 1990 realizavam-se estudos científicos a fim de conhecer melhor o transtorno, suas causas, formas de diagnósticos e de tratamentos. Após emergirem pesquisas sobre o tema na década de 2000, buscamos compreender como estão suas publicações até o presente momento no Brasil, sobretudo relacionado aos novos olhares sobre o tema, como a não existência de transtornos ou as fraudes em laudos diagnósticos. Portanto, buscamos também por trabalhos dessa natureza que abordem sobre medicalização, para que possamos investigar as abordagens que se assemelham a nossa pesquisa e destacar o nosso diferencial, caracterizando essa tese como inédita.

Esse processo de busca envolveu três momentos distintos: 1) busca do número total de trabalhos no Catálogo de Dissertações e Teses da Capes sobre TDAH; 2) busca dos trabalhos na área de Educação envolvendo o TDAH e a medicalização, independentemente da abordagem teórica e dos sujeitos participantes; 3) busca de trabalhos na área de Educação envolvendo o TDAH e a medicalização, que tenham preferencialmente a TRS como abordagem teórica e cujos participantes sejam necessariamente profissionais da saúde. Assim, por meio de uma busca mais ampla buscamos filtrar os estudos até chegar àqueles que mais se aproximam em termos teóricos e metodológicos da nossa pesquisa.

As buscas foram realizadas no período de 20 de dezembro de 2018 a 20 de janeiro de 2019 por meio do Catálogo de Teses e Dissertações da Capes. Restringimo-nos às pesquisas realizadas apenas por Universidades públicas Estaduais e Federais. Descartamos, portanto, as pesquisas realizadas pelas Faculdades e Universidades particulares, Universidades e Institutos Tecnológicos.

Em um primeiro momento, para realizarmos o levantamento do número total de pesquisas sobre TDAH utilizamos como descritor a expressão: “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”. Dessa forma apareceram 1.035.317 trabalhos desde 1987. A partir de então selecionamos os filtros necessários e obtivemos os seguintes resultados:

Figura 1 - Filtro de dissertações e teses do banco da Capes sobre TDAH e total encontrado



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Por meio dos filtros podemos ter um panorama quantitativo dessas publicações que desde 2000 (n=7.835) vem aumentando em todo o Brasil, em 2018 tivemos 16.196 publicações *stricto sensu* sobre TDAH na plataforma da Capes. No período da busca ainda não havia publicação de 2019 sobre essa temática. Na Figura 1 vemos que somente nas áreas selecionadas temos muitos trabalhos. Desse total, 121.957 são da área da Saúde e 123.827 de Humanas, contudo, ao compararmos o maior número de publicações por subáreas temos 25.756 da área de Medicina e 25.684 da Educação.

Esses números são relevantes para identificarmos as áreas que mais publicam sobre TDAH. Em Humanas, além da Educação, temos poucas subáreas que se dedicam a investigar as implicações do transtorno no campo escolar (Geografia, História, Políticas, Sociologia, Teologia e Ética). Já na área da Saúde temos, além da Medicina, a Neurologia, a Psicologia, a Pediatria, a Psiquiatria, a Fonoaudiologia, a Nutrição, a Enfermagem, dentre outras. Nossa tese é relevante para dar corpo e voz aos profissionais da área da Educação que precisam refletir e

agir sobre a temática, para não ficar apenas incorporando os discursos médicos que impactam o trabalho docente.

Como podemos observar, em termos quantitativos não estamos distantes das publicações do campo da Saúde, contudo, as minorias não se caracterizam apenas por números, mas, sim, pela representatividade social. Diante do exposto, precisamos destacar as publicações do campo da Educação, para que a comunidade escolar tenha espaço para se posicionar sobre a realidade social, institucional e o comportamento humano nesses meios. Vemos um crescente discurso na última década sobre as novas formas de ser, de alunos e familiares, o que impacta o processo de ensino e de aprendizagem. Nesse contexto, nos deparamos com a medicalização das dificuldades escolares e dos comportamentos que não condizem com o padrão esperado pelas famílias e pelos professores.

Em um segundo momento de nossa busca, realizamos o levantamento de dissertações e teses na área da Educação sobre a temática do TDAH e medicalização na base de dados da Capes, publicadas entre 2009 a 2019. Selecionamos todos os estudos, independentemente da abordagem teórica e dos sujeitos participantes. Para tanto, utilizamos como descritor a palavra “medicalização”. Com o recorte temporal dos últimos dez anos, encontramos 634 trabalhos *stricto sensu* sobre o assunto. Filtramos apenas os estudos da área de Humanas, visto que buscamos comparar as discussões já publicadas com a nossa tese. Dessa forma, nos deparamos com 327 trabalhos e, ao selecionarmos apenas o campo da Educação, ficamos com 90. Escolhendo apenas as Universidades Estaduais e Federais restaram 86 dissertações e teses. O próximo passo foi analisar cada pesquisa que envolvia o TDAH e sua relação com a medicalização, o que nos deixou com a investigação de 46 trabalhos (35 dissertações e 11 teses), cujas análises explanamos a partir de agora.

Após a leitura dos trabalhos os agrupamos em quatro eixos temáticos: a) “discurso de educadores”, em que se analisam as significações de TDAH e/ou de medicalização nas narrativas de professores, pedagogas e diretoras; b) “discurso dos escolares”, em que o foco das investigações envolve as percepções de alunos diagnosticados com TDAH e/ou que sofrem o processo de medicalização, bem como estudos de casos realizados com os mesmos; c) “análises bibliográficas dos discursos sobre a medicalização”, em que se faz um mapeamento das publicações e/ou análises críticas das publicações sobre a temática, seja em revistas, artigos, bem como investigação de cartas de encaminhamentos, dentre outros documentos que evidenciam o processo diagnóstico e o tratamento medicamentoso; d) “TDAH e problemas de aprendizagem”, em que se investigam as relações entre o transtorno e as implicações no âmbito escolar, tais como a medicalização.

Iniciamos com a apresentação do eixo “discurso de educadores”, que apresenta a maior quantidade (n=15) de publicações encontradas em nosso recorte.

A dissertação de Mesquita (2009) teve como objetivo investigar o TDAH no âmbito escolar. O autor faz uma crítica ao diagnóstico que favorece a ampliação dos discursos médicos sobre a educação escolar, fortalecendo a patologização e a medicalização dos problemas escolares. Diante dessa problemática, a autora sentiu a necessidade de identificar as representações de educadores frente ao TDAH e suas implicações na prática pedagógica. Para tanto, pautou-se na Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizando o método da evocação livre de palavras, entrevista e grupo focal. Participaram 90 professores de 33 escolas municipais de Divinópolis, Minas Gerais, que atuavam nas quatro primeiras turmas do Ensino Fundamental. Dessa forma, os resultados de sua pesquisa apontam uma visão patológica por parte dos professores, em que o diagnóstico de TDAH é o protótipo da “criança problema”. Por fim, concluiu-se que há necessidade de reflexões sobre os problemas escolares em que não seja imperativa a visão de crianças com TDAH como resposta aos comportamentos desatentos e hiperativos e seu tratamento os medicamentos.

De forma semelhante, Nazar (2011) desenvolveu sua dissertação com objetivo de investigar as representações sociais de 16 professoras dos anos finais do Ensino Fundamental, em um Instituto de Aplicação do Rio de Janeiro. Seus instrumentos de coleta de dados foram observação da prática pedagógica, entrevista semiestruturada e análise de documentos escolares. Os resultados mostram que nessa instituição há um conhecimento socialmente elaborado pelos professores em que o sujeito com TDAH é representado como “aluno problema”, sendo o transtorno resignificado como uma doença, cujas ancoragens estão nos discursos médicos. A autora conclui que há necessidade de uma melhor formação docente, a fim de que estejam mais preparados para lidarem com esses sujeitos diagnosticados e que não esperem resultados apenas dos profissionais da saúde.

Mesquita (2009) e Nazar (2011) investigaram sob a ótica das representações sociais em diferentes cidades a significação de professores sobre TDAH e identificaram a imperatividade dos discursos médicos, o que chamam de patologização das dificuldades escolares e a origem da medicalização dentro desse espaço, tanto nos anos iniciais quanto finais do Ensino Fundamental. Ao encontro desses estudos temos nossa dissertação que também aparece no levantamento, considerando os filtros realizados (CORDEIRO, 2016). Os três trabalhos, realizados em cidades distintas, mas com a mesma metodologia, diferenciando apenas os materiais da coleta de dados, obtiveram resultados semelhantes, ou seja, a patologização das dificuldades escolares devido à incorporação, por parte dos docentes, do discurso

medicalizante. As conclusões se voltam para a necessidade de mais discussões sobre a formação desses professores, a fim de evidenciar os malefícios desses discursos nas práticas pedagógicas.

Essas dissertações se assemelham ao caminho que percorremos na presente tese, visto que utilizamos o mesmo referencial teórico, contudo, os profissionais envolvidos e os instrumentos de coleta de dados se diferem, bem como os objetivos de pesquisa. Notamos que estes não foram os únicos trabalhos que obtiveram os mesmos resultados, como apresentamos em parágrafos a seguir.

Continuando nossas investigações, encontramos a dissertação de Cruz (2014) que teve como objetivo identificar o posicionamento e a concepção de nove professoras, três diretores e uma orientadora educacional dos anos iniciais do Ensino Fundamental de duas escolas municipais de Petrópolis, Rio de Janeiro, sobre o processo medicalizante no espaço escolar e sua relação com o fracasso escolar. A autora utilizou entrevistas semiestruturadas, observações informais do espaço escolar e diário de campo. O referencial teórico pautou-se nos livros e artigos de Cecília Collares, Maria Aparecida Moysés e Maria Helena Patto. Por meio das análises dos dados coletados, Cruz (2014) concluiu que as concepções das entrevistadas perpassam a ótica da medicalização dos problemas escolares e possuem relevância sobre o desempenho escolar de seus alunos.

Ainda voltado ao contexto escolar, Silva (2014) investigou o TDAH e a medicalização nos discursos de três professoras, uma orientadora e uma supervisora pedagógica de uma escola municipal de São João Del-Rei, Minas Gerais. Para tanto, realizou entrevistas com as participantes que tiveram experiências com a prática de medicalização e a interferência desse processo nos aspectos pedagógicos. O autor constatou que a medicalização no contexto escolar é uma rotina e, cada vez mais, a patologização é vista como comum. Em muitos casos, os educadores realizam o “diagnóstico” de doenças e/ou transtornos como TDAH, o que impacta não apenas nas ações pedagógicas, mas pode induzir a família ou médicos a fazerem uso de medicamentos como tratamento. Diante desse fato, o autor conclui que há necessidade de combatermos a prática medicalizante por meio de debates com os próprios educadores.

No trabalho de Sperandio (2014) encontramos a análise da concepção de 14 professores da rede municipal de Ensino Fundamental I da cidade de Londrina, Paraná, sobre o fracasso escolar e sua relação com a medicalização na educação. A metodologia utilizada foi a entrevista e a análise qualitativa dos dados por meio da análise proposta por Laurence Bardin. A autora constatou, nas falas docentes, a preocupação desses profissionais em buscar fora da escola a solução para o desempenho escolar de seus alunos, sobretudo no âmbito familiar e nas clínicas. Com isso, conclui-se que há necessidade de uma melhor preparação dos professores para

lidarem com a diversidade e combater a medicalização dos modos de ser e agir na contemporaneidade.

Oliveira (2015) teve como objetivo entender os discursos medicalizantes que ecoam no âmbito escolar, para tanto, realizou observações em uma escola municipal de Salvador, Bahia, bem como a entrevista com uma professora. A autora utilizou o método qualitativo de inspiração etnográfica em função da necessidade de abordar o tema da medicalização pelo olhar do professor, de forma a não os culpar pelas dificuldades encontradas, mas lembrando o papel da escola, sobretudo no que tange à inclusão e à diversidade. A autora concluiu que há contradições e rupturas nos discursos e nas práticas docentes, bem como uma ação medicalizante no contexto escolar, tornando necessário o fortalecimento de ações de resistência.

Santos (2015) teve como objetivo investigar os sentidos atribuídos ao processo de medicalização de crianças por professores e uma psicóloga de uma escola municipal de Ensino Fundamental da cidade de Bauru, São Paulo. Buscou, para tanto, conhecer as formas de encaminhamento e avaliação de alunos com suspeita de transtornos escolares/de aprendizagem. A pesquisa se pautou na Teoria Histórico-Cultural, utilizando entrevistas semiestruturadas, observação dos participantes e registro diário de campo. Os resultados apontam para a existência da sistematização do encaminhamento por parte da escola envolvendo a professora regente e de recursos especiais, que conduzem para instituições conveniadas a prefeitura. Muitos diagnósticos desses casos encaminhados são inconclusivos ou apontados como transtorno não específico. A maior parte das queixas que levam aos encaminhamentos refere-se à falta de atenção, desinteresse, hiperatividade e dificuldade de leitura e escrita. Nas narrativas vê-se que a falta de apoio familiar corrobora para o não desenvolvimento dos limites, que muitas vezes levam a esses comportamentos. O discurso de medicalização também está presente nas narrativas das participantes, sobretudo nos casos diagnosticados com TDAH, ainda que a falta de limite seja considerada o fator que mais justifica as queixas escolares. Por isso, o autor conclui chamando a atenção para a necessidade de analisar os diferentes fatores sociais que levam às queixas escolares, evitando uma visão reducionista da patologização que culpa apenas o sujeito pelo seu não aprendizado.

Na dissertação de Camizão (2016) vemos que o objetivo se centrou na análise dos conhecimentos de professores da Educação Especial de uma escola da Educação Infantil sobre a vigência do modelo médico-psicológico. Para tanto, também utilizou a Teoria Histórico-Cultural para fundamentar e subsidiar as entrevistas semiestruturadas, análise documental e registro de diário de campo. A autora verificou pelas narrativas de professores que o conhecimento elucidado se distancia dos referentes à graduação da área da Educação, sendo

permeado pelos conhecimentos práticos que culminam com os discursos médicos, patológicos. Parte-se mais do laudo para a pesquisa do que do sujeito e suas dificuldades e especificidades para uma intervenção pedagógica. Conclui-se que o discurso médico atinge o trabalho com crianças de zero a cinco anos, ou seja, impõem-se os conhecimentos da área da Saúde no âmbito educacional desde a tenra idade e ignoram-se as teorias educacionais sobre o desenvolvimento humano.

Ainda na perspectiva Histórico-Cultural, Porto (2016) teve como objetivo discutir a territorialização do diagnóstico de TDAH em uma instituição federal de educação. Ele realizou entrevistas com professores de um Colégio da Tijuca, Rio de Janeiro, cuja análise dos dados se pautou na triangulação dos relatos. O autor constatou que os professores acabam por reforçar os estereótipos ao classificar alunos com transtornos e que os diagnósticos marginalizam os sujeitos. Os professores também evidenciaram um excessivo uso de medicamentos e um movimento contra a medicalização. A autora conclui que há necessidade de uma reflexão que leve a mudanças nas escolas de forma a valorizar mais a diversidade e os diferentes modos de aprender.

Alvarenga (2017), por sua vez, teve como objetivo compreender as concepções de cinco professores dos anos iniciais do Ensino Fundamental sobre medicalização e fracasso escolar na perspectiva Histórico-Cultural. O campo de pesquisa foram escolas municipais localizadas no sudeste goiano. Os dados coletados apontam um desconhecimento e/ou um conhecimento desatualizado sobre medicalização do fracasso escolar. A autora conclui que precisamos de discussões sobre essa problemática na área da Educação, sobretudo na formação de professores.

A dissertação de Limão (2017) foi o último trabalho encontrado com base na Teoria Histórico-Cultural e teve como objetivo analisar a implantação e o resultado de um sistema de avaliação diferenciado e assistido por uma escola privada da Cidade Ocidental de Goiás, que visa o desenvolvimento e a aprendizagem de crianças e adolescentes com diagnósticos de algum transtorno. Entrevistou-se uma coordenadora pedagógica, cinco professoras, cinco pais de alunos e três especialistas, cujas análises dos dados foram qualitativas, com categorias de análises. A autora constatou que as práticas por parte dos entrevistados reforçam o processo de medicalização na infância. Conclui-se que há necessidade de fortalecer a formação continuada dos professores, a fim de compreenderem a formação educacional de seus alunos.

Vemos também nesses trabalhos pautados na teoria vygotskyana uma representatividade dos discursos medicalizantes e de patologização dos modos de ser e de aprender por parte de professores, o que nos preocupa, visto que a educação escolar se constrói nas relações entre docentes e discentes, desde a Educação Infantil. Contudo, o que vemos nas narrativas e nas

evidências desses autores é que o conhecimento sobre o desenvolvimento humano aos poucos cede lugar aos conhecimentos específicos da área médica, em que tudo se reduz a questões biológicas, ou seja, é como se o sujeito que não aprende assim está por sua culpa, por questões neurobiológicas que o impede de aprender. Nesses casos, se ignora totalmente a questão histórica e cultural dos sujeitos envolvidos nos processos de ensino e de aprendizagem. A importância desses trabalhos da Teoria Histórico-Cultural se evidencia à medida em que resgata que o meio social, seja a didática de um professor, as relações afetivas da turma ou a relação familiar dos discentes, como fator a ser analisado para justificar o não aprendizado da criança e do adolescente que não possui necessariamente um transtorno ou qualquer patologia.

Outros trabalhos pautados em diferentes teorias também constataram nas narrativas docentes a patologização das dificuldades escolares e a medicalização como resposta para solucionar o não aprender. A dissertação de Ivanoski (2017), por exemplo, teve como objetivo investigar sobre a modalidade de atendimento educacional especializado em escolas particulares do Distrito Federal aos alunos com diagnóstico de TDAH. Para tanto, realizou entrevistas semiestruturadas com orientadores educacionais e/ou pedagógicos. Os dados coletados e analisados de forma qualitativa apresentam em seus resultados a necessidade de as escolas particulares se atentarem às leis de inclusão e implementação de estratégias que favoreçam o aprendizado desses alunos. A autora concluiu que deve haver investimento e cuidado na formação de professores que atenderão crianças com TDAH.

Delpra (2017) desenvolveu uma dissertação que se encaixa tanto no eixo presente, como no eixo dos discursos discentes, visto que entrevistou professores e alunos envolvidos no ensinar, no aprender e no não aprender, tendo como objetivo analisar os sentidos atribuídos a esses processos pelos entrevistados. Como a conclusão da autora nos leva mais para reflexões no que tange à formação dos professores, decidimos alojar sua pesquisa no eixo das narrativas docentes. A pesquisa, de caráter qualitativo e interpretativo, tem como referencial Mikhail Bakhtin e Lev Vygotsky. Nos resultados, a autora destacou que as produções de sentido dos professores sobre o aprender e o não aprender são centrados no comportamento dos alunos, na (não) participação das famílias e em possíveis patologias. A prática de requerer intervenções da área da Saúde ao não aprender também foi constatada. A autora concluiu ser necessário que os profissionais da Educação reflitam sobre as multideterminações que levam à prática de encaminhamentos dos problemas de aprendizagem.

Oliveira C. (2017) teve como objetivo analisar como professores atuam frente ao diagnóstico multiprofissional do TDAH e como a psicopedagogia poderia auxiliar na práxis docente junto às crianças. Para obtenção dos dados foram realizadas entrevistas com

professoras, pedagogas e diretoras, bem como crianças diagnosticadas. Foi utilizada a análise categorial dos dados. A autora descobriu que a escola não possui formação nem informação para amparar as crianças diagnosticadas e desenvolver um trabalho específico com o TDAH. Dessa forma, conclui-se que a Psicopedagogia seria a melhor alternativa para compreender os processos de aprender e avaliar do sujeito com laudo, ajudando tanto alunos como professores.

A tese de Côas (2017) foi o último trabalho analisado no eixo das narrativas de educadores. O autor teve como objetivo problematizar o conhecimento de 20 professores de escolas municipais de Paranaguá, Paraná, sobre TDAH e as dificuldades enfrentadas ao atenderem alunos com esse diagnóstico. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, cujos dados coletados foram analisados de forma qualitativa. Os resultados mostram que há incongruências nas políticas de inclusão do aluno com TDAH. Em tese, o autor concluiu que as dificuldades pedagógicas em lidar com alunos diagnosticados com TDAH têm relação com uma formação deficitária, justificando a dificuldade em desenvolver metodologias que ajudem os sujeitos a aprenderem e se desenvolverem.

Vemos, portanto, que a formação de professores precisa incluir discussões acerca da medicalização da educação e reflexões sobre os processos de patologização das dificuldades escolares. No que se refere aos professores que já atuam, é necessário que se invista em cursos de formação continuada que esclareçam sobre as mudanças sociais que vem ocorrendo e as ações de organismos interessados em propagar um discurso médico que substitua o conhecimento educacional, a fim de lucrar com os laudos que promovem vendas exorbitantes de medicamentos, cujos docentes muitas vezes contribuem, ainda que de forma indireta.

Seguindo agora com o eixo “discurso de escolares” (n=13), analisamos em primeiro lugar a tese de Sousa (2013) que investigou o ponto de vista de cinco crianças com queixas escolares e suas mediações vividas no espaço escolar e familiar. O estudo teve como referência os pressupostos da Psicologia Escolar Crítica. Os resultados apontam que sucessivas experiências de humilhação, repetência, exclusão e medicalização produzem sofrimento a essas crianças, além de as justificativas dos encaminhamentos serem um olhar normatizado, classificador e disciplinante no âmbito escolar. A autora também constatou que quando as crianças vivenciam outros meios sociais, com experiências que evidenciam suas potencialidades e são ouvidas, estranham o seu lugar de alunos e deparam-se com a possibilidade de imprimir novos sentidos a sua história escolar e ressignificar sua suposta incapacidade.

Pestana (2014) realizou um estudo de caso com um aluno diagnosticado com TDAH em comorbidade a outros transtornos e dificuldades escolares. Como referencial teórico utilizou os

estudos de Michel Foucault, a fim de confrontá-los com os discursos *psi*, oriundos da Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. O autor concluiu que o campo *psi* ocupa uma posição de verdade sobre as patologias e produz possibilidades de subjetivação. Vemos, portanto, que ao final de seu trabalho o autor considera que os discursos oriundos das áreas investigadas proporcionam meios de subjugação dos corpos.

Antoneli (2015) teve como objetivo investigar o dispositivo de medicalização em crianças e adolescentes de escolas públicas do interior de São Paulo. No primeiro momento a autora mapeou os diagnósticos realizados em um serviço de saúde mental da cidade, com base no banco de dados desse serviço de saúde. Posteriormente selecionou um sujeito cujo perfil fora encontrado nessa base de dados e realizou um estudo de caso, utilizando como análise do discurso o método foucaultiano. Por meio dos estudos verificou-se que a medicalização é um fenômeno social que atua em rede nos discursos da Psiquiatria e da Educação, evidenciando uma crise na escola relacionada com a crise na sociedade atual. Portanto, conclui-se que há necessidade de rever o papel da escola e seus métodos disciplinadores, bem como refletir sobre a sociedade que almejamos, para que em uma ação intersetorial possamos enfrentar esse fenômeno.

Gideoni (2015) propôs em sua dissertação compreender a trajetória escolar de uma criança rotulada como desinteressada e preguiçosa do Ensino Fundamental de Belo Horizonte, Minas Gerais, que estava no processo de alfabetização. Assim, realizou entrevistas semiestruturadas com os familiares, professores e médicos envolvidos nessa trajetória, utilizando como metodologia os fundamentos ontológicos e epistemológicos da Psicologia Histórico-Cultural em diálogo com a Etnografia Internacional e com a Psicanálise. Dessa forma, a autora encontrou as justificativas que rotulavam a criança e argumenta que as trajetórias escolares devem ser vistas com subjetividade e sob diferentes facetas. A autora concluiu que devemos problematizar sobre o discurso médico que descaracteriza o processo escolar, as individualidades dos processos de aprendizagem e determina as trajetórias escolares como prontas e ossificadas, diagnosticando todos que não seguem um padrão de aprendizagem escolar idealizado. Para a autora, precisamos cada vez mais pensar em respostas e soluções que não sejam a patologização e a medicalização.

Lenzi (2015) teve como objetivo investigar o TDAH e o processo de medicalização. Utilizou na investigação a entrevista semiestruturada com pais e professores de crianças com o diagnóstico do referido transtorno e/ou que faziam uso de medicamento. Em complemento também realizou a análise de documentos técnicos como laudos, cartas de encaminhamento e receitas médicas. A autora percebeu pelas narrativas que as queixas dos professores

relacionadas ao comportamento desatento e hiperativo/impulsivo dos alunos surgem logo na educação infantil, sem considerar o contexto e as fases de desenvolvimento. Os diagnósticos médicos, por sua vez, efetivam um laudo logo na primeira consulta, novamente sem uma análise do contexto sócio-histórico. Conclui-se que os diagnósticos e tratamentos medicamentosos aceitos em totalidade, contribuem para a difusão do biopoder descrito por Foucault (1999), como constatou a autora. Dessa forma, a medicalização da educação é vista como um meio de aquietar os corpos infantis.

Ribeiro (2015) investigou as queixas de alunos relativas ao processo de escolarização que são interpretados como decorrentes de TDAH. A tese se pautou na Teoria Histórico-Cultural e os procedimentos metodológicos envolveram encontros temáticos com alunos diagnosticados com TDAH e análise de documentos. A autora constatou que as queixas mais recorrentes dos alunos foram “[...] quantidade significativa de atividades reprodutivas, desinteressantes, repetitivas e cansativas; ausência de tempo e espaço para atividades criadoras; falta ou tempo insuficiente do recreio; impaciência por parte dos profissionais da escola; ausência da escuta e do diálogo com os estudantes; falta de atenção da escola” (RIBEIRO, 2015, p. 9). Em sua conclusão, a autora salienta a necessidade de acolher práticas pedagógicas que visem o desenvolvimento de atividades que considerem os diferentes modos de ser e de aprender, de forma que a medicalização e a patologização das dificuldades escolares não seja o foco no ambiente escolar.

Ferracioli (2018) teve como objetivo compreender a relação entre o processo de ensino escolar e o desenvolvimento da atenção voluntária. Com base na Psicologia Histórico-Cultural o autor conduziu verificações do desempenho atencional na tarefa de início do ano letivo de 2016 e ao final com 95 crianças dos anos iniciais do Ensino Fundamental, bem como realizou intervenções de ensino escolar em 16 semanas, observando o tempo de atenção nas tarefas dos sujeitos. Os resultados apontam para a ampliação das capacidades escolares dos sujeitos ao longo do ano letivo, incluindo capacidades na realização de tarefas, autocontrole de conduta e volumes atencionais voluntários. Conclui-se que a tese sobre o desenvolvimento da atenção voluntária ocorrer por demanda da própria atividade se confirma, dessa forma, o professor precisa conduzir atividades que levem o educando à internalização de signos que medeiam a atenção internamente, desenvolvendo cada vez mais a atenção.

Nascimento (2015) teve como objetivo investigar o olhar em busca da diferença na homogeneidade na contemporaneidade. Dessa forma, entrevistou oito adolescentes entre 13 e 16 anos de idade, de uma escola particular de Brasília, Distrito Federal, que apresentavam queixas de dificuldades de aprendizado e desenvolvimento. Os resultados apontam efeitos

vinculados à ideologia da medicalização, além de os sujeitos entrevistados evidenciarem um mal-estar relacionado principalmente a sua autoimagem. A autora concluiu que não se pode olhar para a inclusão de forma a considerar a diferença como ontologicamente relativa ao conceito de uniformidade, ou seja, aquele que se difere da ideologia hegemônica possui um transtorno ou uma doença e, para tanto, deve ser incluído e tratado pelo viés medicamentoso. Precisamos enaltecer as singularidades dos escolares, a fim de evidenciar que somos diferentes e aprendemos de formas diferenciadas.

Veneza (2015) buscou compreender os impactos do diagnóstico de TDAH em uma criança de dez anos. O estudo teve embasamento na Psicologia Escolar e Educacional em uma perspectiva crítica e contou com a participação de uma criança, seus pais, irmã e uma psicopedagoga do atendimento especial da escola do sujeito. Por meio de algumas intervenções pedagógicas, não medicalizantes, realizadas pela pesquisadora, o sujeito conseguiu desenvolver algumas habilidades que lhe ajudou a melhorar o desempenho escolar. A autora concluiu que a educação escolar precisa se empoderar, tanto pelas mãos de professores quanto de alunos. Dessa forma, não ficaremos presos aos discursos de medicalização das dificuldades escolares.

Perez (2016) teve como objetivo relacionar e discutir os discursos contemporâneos sobre medicalização no contexto escolar, utilizando poesias como método de sensibilização frente aos alunos que apresentam comportamentos fora do padrão idealizado. Por meio de sua tese a autora aponta o processo de medicalização da infância e a predominância dos discursos higienistas e biologizantes do século XXI, com a realização de diagnósticos generalistas, que mais rotulam o sujeito do que ajudam em seu desenvolvimento. Portanto, precisamos rever as práticas de encaminhamentos e diagnósticos que levam ao entorpecimento de alunos com os comportamentos hiperativos e os supostos transtornos de aprendizagem.

Marques (2018) teve como objetivo compreender o sentido do “não aprender” para três alunos dos anos iniciais do Ensino Fundamental, cujos professores também participantes (três) os identificaram como sujeitos que possuem “doenças do não aprender”. Os familiares das três crianças também participaram da pesquisa. Os dados coletados foram analisados de forma qualitativa. Os resultados indicam que os alunos se constituem discursivamente de acordo com as vozes sociais que os moldam, conseqüentemente o sujeito toma para si, neste caso, o rótulo do não aprender, dando continuidade ao movimento de medicalização. A autora concluiu que há necessidade de uma discussão acerca da conscientização dos malefícios da medicalização do não aprender de ordem social.

Mello (2016) teve como objetivo conhecer como duas crianças com diagnóstico de TDAH, do segundo ano do Ensino Fundamental de uma escola municipal de Chapecó, Santa

Catarina, caracterizam o transtorno e quais os efeitos sobre a aprendizagem e as relações escolares. O estudo ocorreu por meio de entrevistas com duas as crianças. Descobriu-se que elas possuem conhecimento de seus diagnósticos e que ambos estão associados à hiperatividade, caracterizando-os pelo fato de “não ficarem quietas” em sala de aula. A autora concluiu que as crianças possuem outras dificuldades associadas ao TDAH e a isso professores e especialistas que as acompanham chamam de comorbidades, o que prejudica ainda mais a relação entre os sujeitos, visto que os rótulos acumulativos contribuem para um processo de exclusão da sala de aula.

Santos (2016) desenvolveu um estudo cujo objetivo foi discutir a prática medicalizante no contexto escolar, de alunos diagnosticados com TDAH e que fazem uso do metilfenidato, tendo em vista a resiliência desses sujeitos. Para tanto realizou entrevistas com um psicólogo, uma neuropediatra, cinco pedagogas, onze professores, dez alunos e doze familiares. O campo de pesquisa foi uma rede municipal de ensino regular de uma cidade ao norte do Paraná. Os resultados apontam um diagnóstico determinista nos casos de TDAH e uma função rotuladora. A resiliência nesses casos pode funcionar como uma rede protetora. Dessa forma, a autora conclui que há necessidade de mais pesquisas que enfoquem a resiliência como intervenção no contexto escolar, com alunos que usam medicamentos. Alguns desses profissionais também fazem parte de nossa pesquisa, porém, a fundamentação e os métodos utilizados se diferem, contudo, os resultados poderão ser comparados.

Passamos, agora, para a descrição das pesquisas englobadas no eixo sobre as “análises bibliográficas dos discursos sobre a medicalização” (n=12).

A primeira pesquisa desse eixo é de Lazzari (2014) que desenvolveu uma dissertação sobre TDAH e medicalização, cujo objetivo foi refletir sobre o papel que as dificuldades de aprendizagem na contemporaneidade exercem no âmbito escolar, a fim de compreender os inúmeros sintomas que predominam o cotidiano educacional. Para tanto a autora fez uma pesquisa bibliográfica e comparou com os resultados obtidos por meio de uma investigação realizada nas ações documentadas da equipe interdisciplinar da Secretaria de Educação e Cultura de Horizontina, Rio Grande do Sul. A autora concluiu que há necessidade de tematizar as questões relativas aos novos problemas de aprendizagem, a fim de ao menos minimizá-los e considerar as novas configurações do aprender, para que não classifiquemos o sujeito com dificuldade e o marginalizemos até que se torne invisível em sala de aula, predominando, assim, a medicalização.

Christofari (2014) teve como objetivo analisar os discursos acerca de alunos que frequentam o Atendimento Educacional Especializado, especificando os modos de ser e de

aprender desses sujeitos. Para tanto, a autora realizou um estudo documental, por meio de análise de pastas e relatórios educacionais dos alunos de uma Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As análises revelam que os discursos priorizam a conduta dos alunos, como sendo o principal empecilho para aprendizagem. As causas para essas dificuldades são justificadas por hereditariedade e/ou dinâmica familiar. Esses discursos encaminham o sujeito à medicalização do comportamento, tanto pelo campo da Educação quanto pelo campo da Saúde.

Com o intuito semelhante de alertar sobre as novas formas de ser e de aprender, Quinto (2014) se propôs a investigar como se estabelece e a quem serve a medicalização nos discursos pedagógicos contemporâneos que atravessam as práticas educativas de uma escola pública. Para tanto, utilizou a Psicologia Sócio-Histórica para compreender a relação entre o modelo higienista do século XX com as formas de subjetivação do sujeito na composição do cenário educacional atual, imerso pelos discursos patologizantes. A autora conclui com uma crítica sobre a influência histórica da medicina sobre a sociedade com uma doutrina higienista, que leva à subjetivação dos corpos na contemporaneidade e permeia a relação entre medicalização, fracasso escolar e excesso de diagnósticos de TDAH.

Na dissertação de Silva (2015) vemos uma investigação bibliográfica acerca do discurso do DSM e de autores a partir desse instrumento de diagnóstico de transtornos mentais. Para tanto, utiliza uma linguagem cinematográfica de Eisentein, com base nas obras de Michel Foucault para fundamentação teórica. Segundo a autora, comprova-se que o pretense modelo de método da Psiquiatria é inadequado para intermediação de qualquer atuação voltada ao humano.

Cabral (2016) teve como objetivo analisar os discursos de medicalização no contexto escolar e as implicações na relação desse meio. O autor realizou análises foucaultianas de relatórios encaminhados pelas escolas municipais de Juiz de Fora à Secretaria de Educação, descrevendo seus “alunos-problema”. Para o autor, o aumento de diagnósticos pode ser reflexo da excessiva busca por respostas às dificuldades de aprendizagem e para indisciplina no campo da saúde. Em sua conclusão, o autor revela a necessidade de se buscar mais respostas pedagógicas aos problemas escolares, a fim de refutar a medicalização.

Noronha (2016) também analisou os discursos sobre TDAH no DSM nas suas diferentes edições (desde a primeira em 1952, até a atual de 2014). Partindo dos referenciais foucaultianos a autora identificou discursos no sentido orgânico-comportamental-orgânico, ou seja, o processo de conceituação e constituição do TDAH ora foi visto como biológico, outrora como comportamental, neste momento volta-se ao olhar orgânico. Em sua conclusão a autora destaca

que essas conceituações ocorrem pela especificidade da sociedade contemporânea em caracterizar tudo pela modernização tecnológica dos fenômenos, pela necessidade de rendimento do capital, em que a medicalização e o entendimento neuroquímico do sujeito corroboram para este processo.

Gentil (2016) teve como objetivo descrever os trabalhos da Fonoaudiologia Educacional de forma crítica, bem como contribuir para uma atuação desse profissional em perspectivas histórico-culturais. Para tanto realizou uma pesquisa bibliográfica, com análise de trabalhos publicados na Capes e outras bases de dados cujos temas envolvam a fonoaudiologia no âmbito escolar. A autora concluiu que a fonoaudiologia educacional Histórico-Cultural assume um papel, dentro e fora da escola, de humanização da criança por meio da educação, das relações e da história elaborada e sistematizada pela humanidade, de forma que a lógica biologizante seja contida, logo, combatendo a medicalização.

Ferreira (2016) teve como objetivo discutir sobre a construção histórica do TDAH em uma perspectiva foucaultiana. Para tanto, realizou um estudo bibliográfico, com análises de pesquisas sobre a temática e as críticas à medicalização. A autora conclui que o TDAH está na criança atual, assim como está no mundo agitado, ou seja, não é uma patologia, mas, sim, uma nova forma de ser. O patológico é definido a partir das variações do “normal” idealizado pela sociedade, condicionando os sujeitos a serem como as instituições desejam.

Fanizzi (2017) teve por objetivo identificar os discursos (psico)pedagógicos sobre a educação e a relação com o aumento de laudos e a medicalização. Para tanto realizou um estudo bibliográfico sobre a temática. Segundo a autora, os discursos *psi* influenciam o contexto escolar e cada vez que o professor cede lugar para estes perde espaço aos especialistas que versam sobre a normalidade, bem como a imposição de um comportamento padrão para alunos. Portanto, em sua conclusão a autora menciona a necessidade de reflexões sobre as implicações desses discursos sobre o professor, o sujeito aprendiz e o processo educativo.

A dissertação de Oliveira P. (2017) buscou discutir sobre as formas como a medicalização mascara as tensões presentes no campo educacional atual. Para tanto, realizou um estudo bibliográfico que permitiu a constatação de uma possível relação entre a democratização do ensino e as práticas de medicalização dos sujeitos com supostas dificuldades de aprendizagem. Para a autora, os discursos de uma escola inclusiva e democrática não incluem a valorização das diferenças, ao passo que se faz uso da medicalização para o controle dos comportamentos e modos diferentes de aprender.

Souza (2017) realizou seus estudos com o objetivo de entender o fenômeno TDAH para além das compreensões hegemônicas (biologizantes). Dessa forma, realizou pesquisa de cunho

bibliográfico em que constatou por meio da compreensão das funções psicológicas superiores a necessidade de considerar os níveis maturacionais para o ensino efetivo. Destaca, ainda, que o ensino precário e espontâneo, com base em conhecimentos fragmentados, leva a sociedade à compreensão do TDAH apenas pela perspectiva reducionista biologizante. A autora concluiu que a atividade de ensino e de aprendizagem na perspectiva Histórico-Cultural de desenvolvimento humano permite uma para compreensão do TDAH para além das questões patológicas, mas, também, como uma possível construção social.

Büker (2018) teve como objetivo investigar o processo de medicalização intrínseco nas reportagens da revista *Veja* digital. Por meio da análise qualitativa observou que a revista atua com uma pedagogia cultural que ensina os corpos a serem magros, belos, saudáveis e com aparência jovial, para tanto, com a utilização de medicamentos que evitem, a qualquer custo, corpos obesos, feios, hiperativos e fora do padrão esperado. A autora concluiu que a mídia é responsável pela propagação de corpos perfeitos e com ausência de comportamentos e sentimentos que não condizem com os padrões socialmente esperados.

Finalizamos com o eixo “TDAH e problemas de aprendizagem”, no qual englobamos duas pesquisas.

A pesquisa de Scaburri (2013) teve como objetivo caracterizar a relação entre os problemas de saúde, tais como o TDAH, e o desempenho escolar de adolescentes com histórico de repetência nos anos finais de uma escola municipal de Itajaí, Santa Catarina. Para tanto, a autora coletou informações junto à Secretaria de Educação da cidade e realizou a análise de documentos dos alunos, por fim, aplicou um questionário a eles. Ao comparar os resultados obtidos em cada coleta de dados com o resultado do Ideb¹¹ de cada escola, verificou-se as possíveis relações com o quadro de saúde dos alunos e o desempenho escolar. A autora concluiu que a quantidade de alunos reprovados e que possui algum problema de saúde não é um número representativo, o que não permite a afirmação de que há relações diretas entre os problemas de saúde desses adolescentes com suas reprovações. A busca dessa pesquisa por fatores de medicalização do ensino perpassa a teoria de que alguns problemas sociais são transfigurados como um problema médico.

A tese de Bonadio (2013) abordou a questão do TDAH e da medicalização na última década. A autora teve como objetivo compreender os problemas de atenção que se manifestam no contexto escolar e as implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica de professores de quatro escolas municipais de Maringá, Paraná. Para tanto, realizou a

¹¹ Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.

caracterização das escolas, levantamento do número de alunos com TDAH e a entrevista com pais e professores desses alunos. A pesquisa se pautou na Psicologia Histórico-Cultural. Os dados revelam que manifestações dos problemas de atenção em espaço escolar caracterizam-se por desatenção, comportamentos inadequados como levantar-se frequentemente, fazer perguntas não pertinentes a aula, não copiar a atividade, entre outras. Também constatou que não há modificação do planejamento, da avaliação e das atividades após a identificação de um diagnóstico de TDAH em alunos, ou seja, a prática pedagógica permanece a mesma, alterando apenas a relação entre professor-aluno, na qual o professor procura ter uma postura mais compreensiva. Em sua conclusão, a autora destaca que é necessário compreender a atenção e o comportamento para além de um desenvolvimento orgânico, mas, também, como resultado de uma transformação e reestruturação psíquica decorrente de mediações externas, em que o professor contribui por meio de suas práticas com alunos com ou sem diagnóstico de TDAH.

Por meio da análise das pesquisas na área de educação citadas nessa subseção, constatamos que o TDAH é visto muitas vezes por professores e demais educadores como a resposta para as dificuldades de aprendizagem. Essa visão vem de discursos médicos que propagam o não aprender como patologia e quando o aluno chega aos consultórios encaminhados por docentes que induzem essa mesma visão, finalizam um laudo duvidoso e com tratamentos medicalizantes. Precisamos sim fortalecer a formação de professores e criar uma resistência a essa visão reducionista, porém, a formação médica, psicológica e dos demais profissionais envolvidos também precisa de um olhar mais humanizado, que veja a criança e o adolescente em seu pleno desenvolvimento e não como um corpo doente.

Ao analisar os trabalhos já publicados, verificamos que não é tão fácil identificar a real participação de quem dissemina os discursos medicalizantes. Os resultados evidenciam os prejuízos causados na educação escolar dos sujeitos, a marginalização e exclusão de crianças e adolescentes, o que causa além do não aprender, a baixa autoestima, uma autoimagem fragilizada, dentre outros problemas educacionais, emocionais e sociais. Contudo, falta identificar como isso ocorre nos consultórios, se ocorre, ou seja, como acontece os laudos e a escolha dos tratamentos para TDAH? Quais são as significações de TDAH e como a medicação é vista pelos profissionais que atendem crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade? Quais são os discursos desses profissionais? Como essas representações implicam nos diagnósticos e formas de tratamento?

Dando sequência ao levantamento bibliográfico de dissertações e teses no portal da Capes, com a finalidade de compararmos os resultados de outros estudos com os da nossa pesquisa, em um terceiro momento da busca, fizemos um levantamento de estudos na área de

Educação envolvendo o TDAH e a medicalização, que tivessem preferencialmente a TRS como abordagem teórica e cujos participantes fossem necessariamente profissionais da saúde. Novamente usamos como recorte temporal o período de 2009 a 2019. Foram encontradas um total de três pesquisas. Todavia, vale mencionar que nenhuma delas utilizou a TRS como abordagem teórica e nem envolveu os mesmos profissionais da saúde que fizeram parte de nossa pesquisa. Tais pesquisas serão descritas a seguir.

Freire (2017) teve como objetivo descobrir como as queixas escolares são entendidas e atendidas por um centro de atendimento psicológico de Salvador, Bahia. Para tanto ele afirma ter adotado como referencial teórico a Psicologia Escolar e Educacional, para análise de prontuários, observação e entrevista com três profissionais, sendo duas psicólogas e uma assistente social. Por meio da análise de prontuários, buscou identificar o perfil dos sujeitos com queixas escolares, o qual era majoritariamente masculino, com média de 12 anos de idade, entre outras informações. Para o autor, as queixas escolares são tratadas muitas vezes com atendimentos clínicos tradicionais, cuja concepção do acompanhamento é individualizante e medicalizante, o que foi reforçado nas narrativas dos entrevistados. Na conclusão, o autor ressalta a necessidade de refletir sobre o fracasso escolar, bem como sobre a medicalização da educação e a pobreza nos espaços de formação profissional da área da Saúde.

A tese de Santos (2017) foi um dos poucos trabalhos encontrados que se assemelha ao nosso em virtude dos participantes envolvidos na pesquisa. Este estudo teve como objetivo identificar os discursos produzidos nos currículos de profissionais da saúde. Assim, realizou análise documental de prontuários médicos e entrevistas com profissionais do Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-Juvenil (quatro psicólogas, dois assistentes sociais, dois enfermeiros e dois terapeutas ocupacionais), em que constatou os modos de subjetivação/objetivação pelos quais as crianças são constituídas como “portadoras de transtornos mentais”. A autora concluiu que esses modos produzem crianças com supostos transtornos em uma estreita relação com os discursos de medicalização forjados nos currículos profissionais de saúde em suas formações, no cotidiano do trabalho e nos diversos âmbitos sociais.

Outro trabalho semelhante é o de Botelho (2018) que teve como objetivo compreender as definições das práticas clínicas de seis fonoaudiólogas em relação às queixas escolares. Para tanto, a autora realizou uma entrevista semiestruturada, com análise de conteúdo. As entrevistadas se dividiam entre as que atendiam em setor público e privado da cidade de Salvador, Bahia. As narrativas evidenciam a precarização do sistema educacional, desvalorização do professor, patologização das dificuldades escolares, empecilhos na relação entre educadores e profissionais da saúde, entre outros aspectos relevantes. Há uma

inconsistência na posição ideológica das entrevistadas sobre suas atuações, visto que ora tentam uma ruptura com a clínica biomédica, ora são capturadas pelo sistema capitalista opressor. Dessa forma, a autora concluiu que há necessidade de mais discussões no campo da Fonoaudiologia sobre as queixas escolares e a medicalização para que tenhamos cada vez mais um movimento de resistência.

Verificamos, portanto, nesse terceiro momento de busca, a inexistência de pesquisas sobre TDAH e medicalização com o mesmo referencial teórico que o nosso e que envolvessem profissionais de diferentes áreas. Nesse sentido, reafirmamos o ineditismo de nosso estudo. Nossa tese busca nas narrativas dos próprios responsáveis pelos discursos medicalizantes, quais são suas representações sociais sobre o TDAH e como estas influenciam nos diagnósticos e tratamentos dispensados aos alunos que são encaminhados para suas clínicas. Sendo a Teoria das Representações Sociais utilizada como referencial teórico metodológico.

Finalizando essa subseção, ressaltamos que a tese assume o papel de resistência à patologização escolar e dos processos de medicalização. Nos pautamos em discursos de Michel Foucault sobre a manipulação do Estado e dos organismos interessados em propagar conhecimentos médicos que sobreponha os da Educação como forma de manipulação dos corpos. Dentro do campo da Educação exaltamos as vozes de quem compreende a patologização e os discursos medicalizantes como prejudiciais aos processos de escolarização, tal como enfatiza Maria Moysés e Cecília Collares em suas obras.

Para tanto, utilizamos a TRS para nortear o trabalho de campo. Antes de compreendermos a metodologia, apresentamos o que dizem os autores que embasam nosso referencial teórico acerca da patologização das dificuldades escolares e da medicalização das dificuldades escolares.

3 A CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO E O TDAH COMO INSTRUMENTO DE BIOPODER

Nesta seção tecemos algumas reflexões acerca da cultura da medicalização na sociedade contemporânea. Consideramos relevante realizar um resgate histórico para compreendermos a origem dessa cultura que leva milhões de pessoas a fazerem uso de tratamentos farmacológicos em todo o mundo, em alguns casos sem necessidade ou até sem acompanhamento médico. Dessa forma, pretendemos compreender por meio da subseção a seguir, como se iniciou a crença de que há uma cura medicamentosa para tudo o que nos aflige, impondo que estamos doentes e precisamos nos tratar, o que influencia os nossos cuidados sobre as crianças. Ainda que não tenhamos sintomas, estamos em um “grupo de risco” ou temos a “predisposição” para determinada doença. Essa é a imposição vertical do Estado, a qual podemos chamar de Biopoder. Seguimos pelas explicações sobre a gênese da indústria farmacêutica, que corrobora para essa relação entre a soberania e o povo, ajudando a fomentar os estudos acerca das doenças em sobreposição à saúde.

Na sequência buscamos compreender como esse constructo do Biopoder manipula a vida humana atualmente, alimentando a cultura da medicalização da vida, o que está atingindo até as crianças e os adolescentes, por exemplo, com a perpetuação de supostos transtornos que nos forçam a acreditar que muitas crianças estão doentes e precisam ser medicadas. Da mesma forma que há a crença de que existe remédio para todos os males da nossa rotina, também há a crença de que existe remédio para os problemas de aprendizagem, como acontece com os acometidos por déficits de atenção e comportamentos hiperativos. Essa é a patologização das dificuldades escolares, que fortalece a indústria farmacêutica e coopera para o aumento de vendas do metilfenidato.

A cultura da medicalização é entendida em nosso contexto social como algo negativo. Segundo Duarte e Martins (2012) a cultura pode ser definida como uma criação do Homem a partir de seus significados (individuais e/ou coletivos). O termo medicalização, por sua vez, segundo Gaudenzi e Ortega (2012), surgiu na década de 1960 para significar a crescente apropriação dos modos de vida do Homem pela medicina. Dessa forma, ao juntarmos os dois conceitos temos uma crítica aos significados construídos pelo Homem que o leva ao uso exacerbado de medicamentos para controlar sua vida.

Para ajudar na consolidação dessa cultura, a mídia e a indústria farmacêutica se empenham em propagar medicamentos que aliviam as dores de cabeça, mal-estar, dentre outros incômodos que podem ser “facilmente resolvidos com um comprimido”. Nesse contexto, os

laboratórios investem bilhões em publicidade, o que resultou na quinta posição do *ranking* de maiores investidores em propagandas de 2017 (KANTAR IBOPE MEDIA, 2017).

Figura 2 - Setores econômicos e suas compras do espaço publicitário no período de janeiro a junho dos anos de 2016 e 2017

SETOR ECONÔMICO	Jan a Jun/2017		Jan a Jun/2016	
	R\$ (000)	(%)	R\$ (000)	(%)
Total	61.946.072	100	60.701.791	100
COMÉRCIO	10.707.754	17,3	11.387.173	18,8
SERVIÇOS AO CONSUMIDOR	7.297.364	11,8	6.896.082	11,4
HIGIENE PESSOAL E BELEZA	6.126.433	9,9	6.164.052	10,2
FINANCEIRO E SECURITARIO	4.776.945	7,7	4.499.661	7,4
FARMACÊUTICO	4.767.078	7,7	3.729.784	6,1
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SOCIAL	4.364.649	7,0	3.239.567	5,3
CULTURA LAZER ESPORTE TURISMO	3.810.753	6,2	3.754.874	6,2
MÍDIA	3.129.684	5,1	3.082.124	5,1
AUTOMOTIVO	2.909.219	4,7	3.331.274	5,5

Fonte: Kantar Ibope Media – *Monitor Evolution* – ME1712TOTALPTVSH – Período: jan./jun. 2017.

Com 28% de crescimento nas publicidades, o setor farmacêutico ficou na frente de muitos anunciantes (nº 21), dentre eles o do setor automotivo, reconhecido pelo grande volume de *marketing* no qual investem. De acordo com a Anvisa (2017a), apenas os medicamentos isentos de receita podem ser propagados em mídias, ou seja, medicamentos com tarja vermelha ou preta só podem ser anunciados por profissionais da Saúde que possuem permissão de receitar. Nesse contexto, devemos refletir sobre os motivos dos medicamentos com tarja preta estarem entre as dez drogas lícitas mais vendidas no Brasil, a exemplo, do clonazepam¹².

Anualmente são divulgados os resultados de pesquisas sobre os medicamentos mais vendidos aqui no Brasil. Desde 2011 temos um ansiolítico e anticonvulsivo entre eles. Vale destacar que, de acordo com a Anvisa, o medicamento só pode ser vendido com retenção da receita (ANVISA, 2011). Esses medicamentos são tranquilizantes receitados, em grande parte, por neurologistas para casos de ansiedade, insônia, overdose de anfetaminas, dentre outros aspectos. No entanto, ganhou a fama de “droga da paz” ou “pílula mágica” ou ainda “pílula da

¹² Segundo a Anvisa (2016, p. 4-5), o “Clonazepam apresenta propriedades farmacológicas comuns aos benzodiazepínicos, que incluem efeitos anticonvulsivantes, sedativos, relaxantes musculares e ansiolíticos. Assim como acontece com outros CLONAZEPAM_VPS benzodiazepínicos, acredita-se que esses efeitos podem ser mediados principalmente pela inibição pós-sináptica mediada pelo GABA”.

felicidade” contra estresses rotineiros, fazendo com que seu uso entre executivos e estudantes, por exemplo, tenha aumentado. Segundo os estudos de Carvalho e Dimenstein (2004), a maioria dos usuários desse medicamento é do gênero feminino. Nesse sentido, os autores destacam a importância de

[...] investir na criação de condições, de espaços, para que as mulheres possam construir novos sentidos para o seu cotidiano. É preciso possibilitar uma expansão do seu campo subjetivo, a fim de que possam perceber o lugar ocupado pelo medicamento em suas vidas. [...] Devemos lutar para que o ansiolítico seja retirado da posição de “objeto mágico”, concepção que impede essas mulheres de terem uma compreensão e um comprometimento no que se refere à sua saúde e à sua doença. A nosso ver, no momento em que o significado atribuído ao ansiolítico for reconstruído, ou seja, quando ele não for mais visto como “a força” que elas precisam para suportar os seus sofrimentos cotidianos, é possível que elas possam mudar de posição em relação à percepção dos seus sofrimentos. Isso significaria uma tomada de consciência, no sentido de entender e procurar alternativas para os problemas que as fazem adoecer, tornando-se verdadeiros sujeitos de mudanças, de transformação (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, p. 128).

Com base na citação, consideramos que o consumo de medicamentos deve ser uma prática consciente entre homens e mulheres, ou seja, apenas quando for realmente necessário, para tanto, precisamos de uma educação que conscientize as pessoas sobre essa cultura que nos envolve e nos faz acreditar que estamos sempre doentes. Assim, evitaremos uma naturalização da medicalização da vida, onde o sujeito se vê como dependente de um remédio para poder trabalhar, estudar e realizar as demais atividades.

A Anvisa também apontou que os medicamentos mais vendidos no Brasil em 2016, que possuem tarja, foram as drogas utilizadas nos tratamentos de doenças cardiovasculares, atingindo R\$ 5,7 bilhões em vendas. O aumento da população obesa, a má qualidade de vida que envolve desde os hábitos alimentares (*fast foods*, refeições fora de hora) até o sedentarismo (falta de atividades físicas, horas de trabalho sentado, locomoção por automóveis), dentre outros aspectos da vida pós-moderna, contribuem para problemas cardiovasculares que muitas vezes são tratados com fármacos (ANVISA, 2017b).

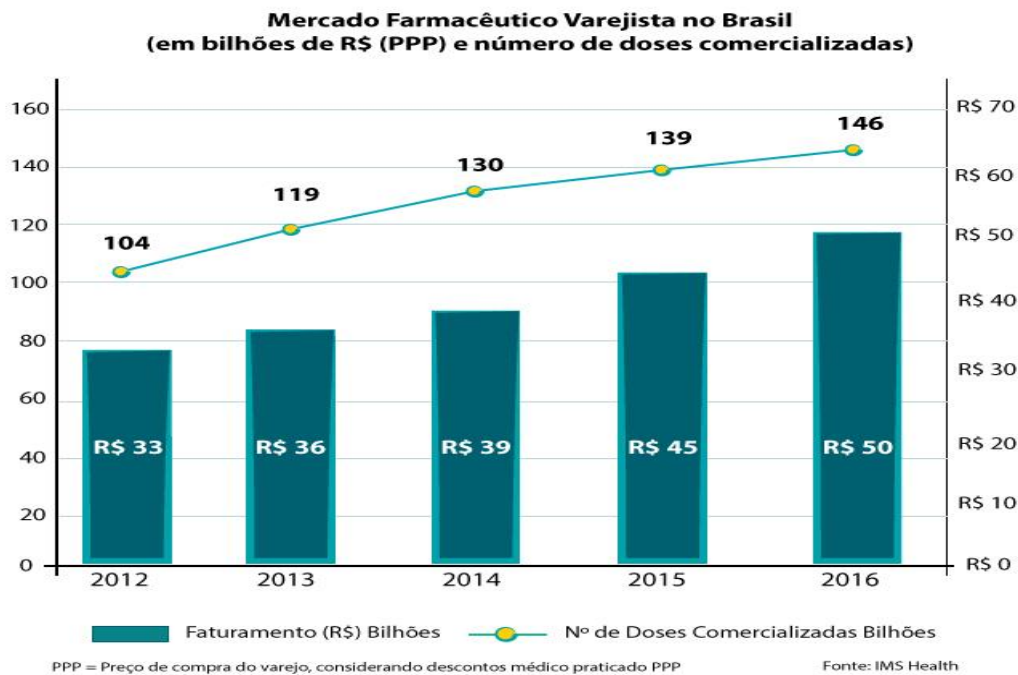
De acordo com a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA, 2017), no mesmo ano, os analgésicos lideraram as vendas farmacêuticas de medicamentos que não precisam de prescrição médica, tendo atingido cerca de 470 milhões de reais, apenas a marca mais vendida. Na sequência temos os descongestionantes nasais, anti-inflamatórios e anticoncepcionais, todos que em muitos casos são automedicações dos consumidores, que

podem levar a problemas de saúde como intoxicações, aumento de resistência bacteriana, dentre outros.

Diante do exposto, vemos que a indústria farmacêutica, a mídia e o capitalismo formam um triângulo do consumo exacerbado de medicamentos que acabam ditando a nossa vida. Cria-se uma ideologia de que somos totalmente dependentes de remédios para nos mantermos vivos, felizes e dispostos a realizar as atividades diárias. Os resultados podem nos levar apenas para uma sociedade mais deprimida e dependente, enquanto a produção em larga escala de fármacos apenas enriquece quem está no poder.

Na Figura 3 podemos visualizar o volume de comercialização e faturamento de medicamentos em 2016, segundo a Interfarma (2017).

Figura 3 - Mercado farmacêutico em 2016



Fonte: Interfarma (2017).

Vemos que a cada ano o consumo de medicamentos aumenta, movimentando bilhões na indústria farmacológica. É inegável a contribuição que esses tratamentos podem oferecer em casos de doenças físicas e mentais quando bem administrados, porém, a criação de necessidades desses medicamentos para influenciar seu uso é que deve ser advertida, pois não são todos os casos que requerem intervenções dessa natureza. No entanto, as propagandas nos levam a criar uma cultura de consumismo medicamentoso, que aliada à nossa rotina imediatista, faz emergir a necessidade de se curar o quanto antes.

Além do apelo medicamentoso das mídias, a cultura medicamentosa ainda perpassa as indicações de amigos, familiares e demais pessoas de nosso convívio, que nos indicam “o melhor remédio para a dor de cabeça”. Dessa forma, o consumo descontrolado é visto como natural em nosso meio, por isso, é necessária uma conscientização do que realmente está acontecendo nas relações de biopoder, para que consigamos impedir que essa cultura atinja as crianças e adolescentes, visto que nós somos seus responsáveis.

Em uma pesquisa realizada por Silvia (2007) em 15 creches de São Paulo, na qual foi realizado um levantamento a respeito dos medicamentos consumidos por crianças, verificou-se que 40,8% dos medicamentos prescritos podem ser classificados como inadequados para crianças na faixa etária de um mês a dez anos. A autora salienta que “[...] os pacientes com maior incidência de uso de medicamentos *off label*¹³ ou sem licença são os recém nascidos. Com relação aos medicamentos, os mais prescritos como *off label* foram os analgésicos, antibacterianos e bronco-dilatadores” (SILVA, 2007, p. 1). Por se tratar de uma faixa etária mais suscetível a riscos como efeitos colaterais, intoxicação, dentre outros fatores, os médicos e até os farmacêuticos que assistem esse consumo devem ser mais cautelosos quanto às prescrições e vendas.

Os estudos de Nunes *et al.* (2017) complementam as conclusões de Silvia (2007), visto que investigaram os dados sobre intoxicação por medicamentos em humanos no Brasil. Com base nos números apontados pelo Sistema Nacional de Informações Toxicológicas (Sinitox) dentre 2008 a 2013, nosso país teve 150.361 casos registrados de intoxicação por medicamentos, sendo que em 2011 houve o maior número desse registro, com 20,12% dos casos. Ainda de acordo com os autores, a região Sudeste possui a maioria dos casos de intoxicação (56%), sendo também o local com maior concentração de drogarias e farmácias oficiais do país (50%). Em todo o Brasil, a faixa etária mais acometida por essa calamidade é de um a quatro anos de idade (27,7%), como vemos na figura a seguir:

¹³ Fora do rótulo. Medicamentos que estão fora das diretrizes de homologação para fármacos da Anvisa, no caso do Brasil.

Figura 4 - Casos de intoxicação por medicamentos no Brasil, segundo a faixa etária registrada, no período de 2008 a 2013

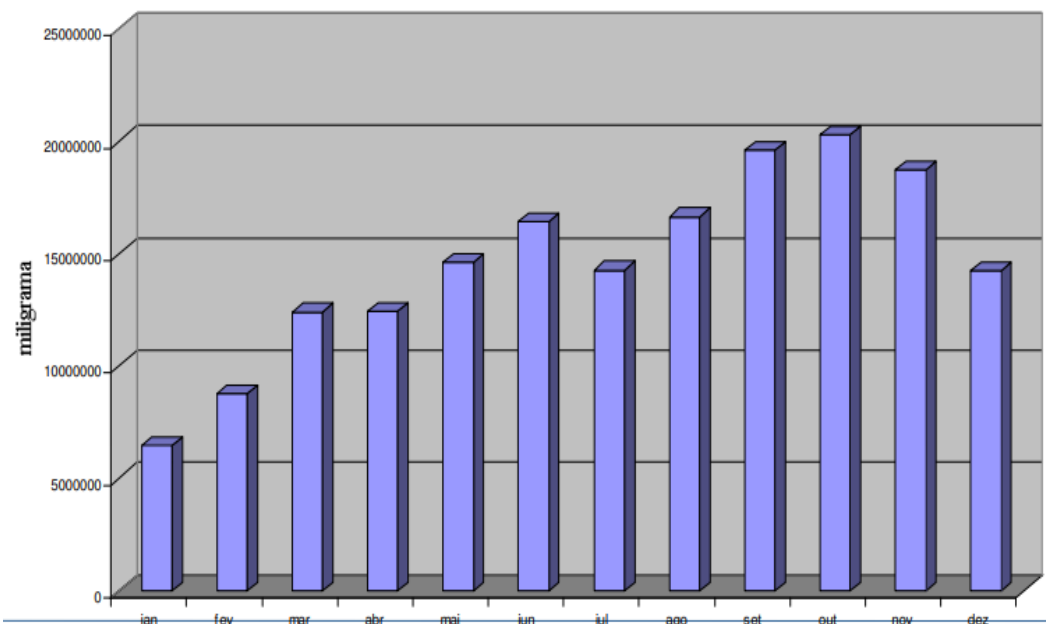
Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
<1	784	690	811	820	783	434	4322
01-04	7459	7200	7545	8271	7504	3691	41670
05-09	1846	2018	2066	2231	2030	969	11160
10-14	1447	1471	1549	1856	1730	791	8844
15-19	2278	2276	2273	2712	2510	1033	13082
20-29	4778	4936	4800	5007	4461	1791	25773
30-39	3535	3371	3591	3811	3410	1268	18986
40-49	2250	2257	2318	2380	2293	811	12309
50-59	1049	1142	1224	1320	1187	524	6446
60-69	380	480	504	529	435	220	2548
70-79	224	262	292	340	269	123	1510
80 e +	142	174	198	212	122	64	912
IGN	484	476	539	760	274	266	2799

FONTE: SINITOX², 2016.

Fonte: Nunes *et al.* (2017, p. 100).

Dessa forma, alertamos para os riscos de intoxicação inclusive no uso de medicamentos (que deveriam ser) controlados, tais como a base de metilfenidato, utilizados no tratamento de TDAH. Ao consultarmos os resultados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados organizado pela Anvisa (2010b), observamos o consumo mensal do metilfenidato em 2009 em todo o país:

Figura 5 - Consumo mensal de metilfenidato no Brasil em 2009

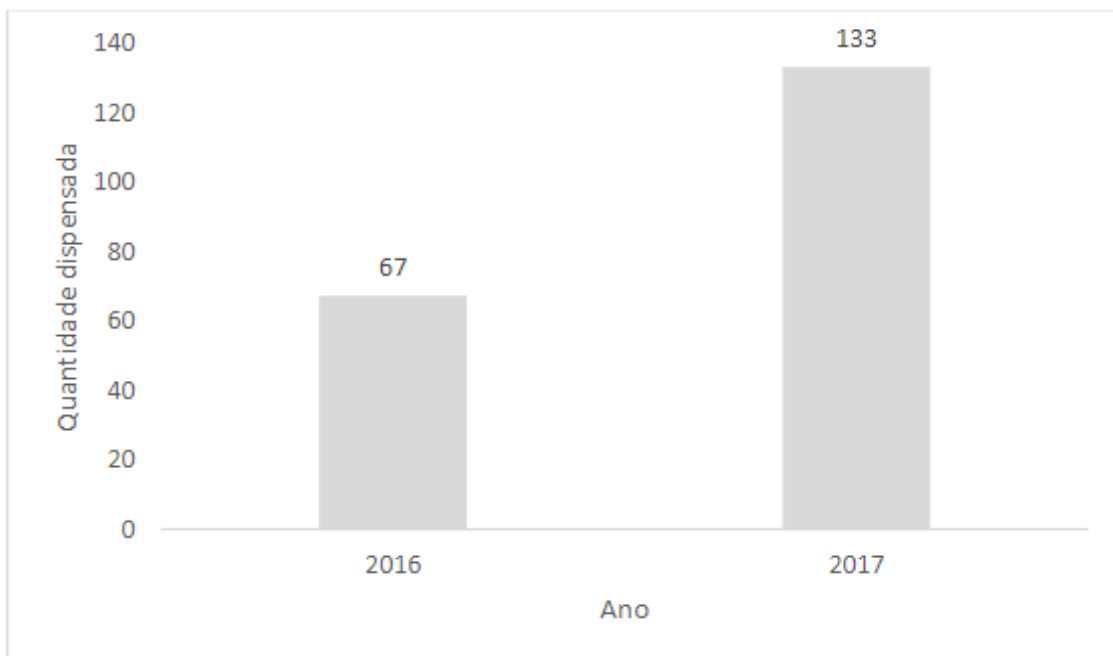


Fonte: Anvisa (2010b, p. 26).

Notamos que os meses com maior consumo do medicamento são setembro e outubro, período escolar em que as crianças e professores já estão cansados das rotinas, o que pode causar maior nível de ansiedade, desatenção, irritabilidade e inquietação por parte das crianças. Essas características muitas vezes são relacionadas ao TDAH, logo, tratadas com medicamentos. Caliman (2013) em consonância com os dados da Anvisa (2010b), investigou a dispensa pública do cloridrato de metilfenidato pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Espírito Santo, entre os anos de 2009 a 2011. Por meio do estudo constatou um expressivo aumento do uso do medicamento ao longo dos anos analisados.

Após esses estudos evidenciando o aumento descontrolado da dispensa e uso do metilfenidato, a Anvisa não publicou mais boletins recentes. Encontramos os estudos de Oliveira *et al.* (2017) sobre a dispensação desse e outros dois medicamentos (lisdexanfetamina e modafilina) em uma farmácia comunitária do interior da cidade Rio de Janeiro. Com base nas análises dos quatro primeiros meses de 2016 e de 2017, os autores constataram que houve um aumento superior a 98% na dispensação das drogas investigadas.

Figura 6 - Quantidade total de metilfenidato, lisdexanfetamina e modafilina dispensados nos quatro primeiros meses de 2016 e 2017



Fonte: Oliveira *et al.* (2017, p. 155).

Esses estudos promovem a reflexão do número exacerbado de receitas, dispensação e consumo de medicamentos que, no caso do metilfenidato, muitas vezes, volta-se para o tratamento de supostos transtornos na infância. Diante do exposto, a educação sobre o uso correto de medicamentos se torna necessária para que a cultura da medicalização seja contida,

de forma a não atingir mais nossa sociedade, sobretudo as crianças e adolescentes que muitas vezes sofrem com essa influência. Todavia, é necessário que médicos e farmacêuticos assumam essa responsabilidade junto aos usuários, pois se de um lado existe o consumidor que os compra sem receitas, de outro há farmacêuticos que apenas disseminam essa cultura e médicos que em aliança com a indústria farmacêutica prescrevem o que melhor lhes convém em termos financeiros.

Passamos agora a analisar como se consolidou as relações de biopoder em nossa sociedade até a contemporaneidade, bem como a origem e participação da indústria farmacêutica nesse contexto, que atualmente utiliza o TDAH como um instrumento de manipulação dos corpos infantis. Para tanto, os estudos de Michel Foucault (*1926-1984†) são relevantes para nossas discussões, levando-nos a futuras abordagens como o uso de medicamentos para todos os acometimentos de nosso cotidiano e a patologização das dificuldades escolares.

3.1 A SUBJUGAÇÃO DOS CORPOS E O CONTROLE DA POPULAÇÃO

Para compreendermos a cultura da medicalização em que nos encontramos atualmente, precisamos retornar um pouco na história das estruturas políticas engendradas pelas sociedades ocidentais, visando observar a construção do poder que se dissemina por diferentes setores, tais como, família e escola, até chegarmos ao *status* de biopoder que se emancipa (FURTADO; CAMILO, 2016). No meio dessa história, encontramos o nascimento da indústria farmacêutica que coopera com a ideia de um corpo controlado para as relações verticais entre os Estados modernos e a população.

Os conceitos de poder e biopoder que utilizamos aqui são permeados pelos *insights* de Foucault (1963; 1972; 1975; 1988; 1999; 2008). O poder é entendido como um conjunto de relações de forças multilaterais e que está estritamente ligado ao saber (FOUCAULT, 2008; 1999). Por sua vez, biopoder refere-se ao poder político sobre a vida humana (FOUCAULT, 1988), este será explanado ao longo de nossas discussões, desde a modernidade até a contemporaneidade.

Segundo Foucault (1988, p. 131), o poder sobre a vida desenvolveu-se ainda no século XVII em duas formas interligadas: a) Anátomo-política do corpo humano – corpo como máquina, “[...] no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle

eficaz e econômicos” (FOUCAULT, 1988, p. 131), o que asseguram procedimentos de poder; b) Biopolítica da população – corpo-espécie, século XVIII, “[...] corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-lo variar” (FOUCAULT, 1988, p. 131), tais processos são assumidos mediante toda série de intervenções e controles regulares.

A primeira forma demonstra o poder da soberania sobre a morte, que significava à população que o soberano tinha o poder de matar seus súditos. Essa ideia estava ligada aos fatores de risco da época ainda feudal em que muito se lidava com as pestes e a fome, dessa forma, era necessário lutar contra a morte e pouco espaço se tinha para as relações políticas. No entanto, esta foi aos poucos substituída pela ideia de poder sobre a vida e sua manipulação para uma coesão do corpo social, o que possibilita ao soberano decidir sobre as peculiaridades da vida humana, como a sua duração. O homem começa a perceber que tem controle sobre sua saúde, bem como sobre as pragas. Percebe ainda a necessidade de cuidados com a higiene para a manutenção da vida. Isso traz benefícios para a soberania, pois ao se libertar da luta contra a morte, pode se focar no controle das vidas que lhes servirão. No contexto capitalista, a biopolítica permite que a medicina cresça nos espaços públicos (FOUCAULT, 1988).

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos (FOUCAULT, 1988, p. 132).

O corpo torna-se público nesta nova forma econômica, o Estado intervêm com o objetivo de cuidar do corpo, de sua saúde e a relação com as doenças, tendo o controle dos corpos. Dessa forma há duas linhas de força que acompanham a produção de subjetividades: “de um lado, o poder totalizante, o qual cria aparatos estatais capazes de governar populações, levando a um processo crescente de massificação e burocratização da sociedade; de outro, complementar a esse poder, encontram-se as técnicas individualizantes”, que seriam “saberes e práticas destinados a dirigirem os sujeitos de modo permanente e detalhado” (FURTADO; CAMILO, 2016, p. 41). Ao longo do século XIX, com a Revolução Industrial, tivemos a origem da medicina social, que se debruçou em estudos dos aspectos sociais relacionados ao processo de saúde e de doença.

No final do século XIX e início do século XX surgiram as primeiras indústrias farmacêuticas mundiais. Suas responsabilidades são a produção de medicamentos, embora por

traz exigam-se atividades de desenvolvimento, pesquisas, comercialização e distribuição dos mesmos. Nas décadas de 1920 e 1930 surgiram as principais descobertas dessas indústrias. No Brasil, seu desenvolvimento ocorreu entre 1850 a 1950 com descobertas significativas. Os Estados foram grandes incentivadores, visto que financiaram o desenvolvimento de vacinas, soros e medicamentos na época (CARRARA JUNIOR; MEIRELLES, 1996).

Aliada às pesquisas de Foucault (1988), Valduga (2009) expressa que a indústria farmacêutica se desenvolveu mais durante a Segunda Revolução Industrial, época em que a expectativa de vida ainda era baixa, em torno de 40 anos, e houve a necessidade de prolongar a vida humana para que se produzissem mais riquezas a fim de atender as demandas capitalistas. Com a estabilização econômica dos Estados Unidos da América (EUA) e dos países europeus, foi possível investir em campos que se dedicavam a cuidar da manutenção da vida.

Nesse viés “as formas de viver, o exercício das possibilidades da vida, o cultivo da saúde, os domínios sobre a sexualidade, assim como os sofrimentos existenciais serão objeto de saber e poder” (GARRIDO, 2007, p. 159). Observando a construção histórica dos conhecimentos científicos na área da Saúde, devemos considerar a soberania do capitalismo nas relações de saber e poder. A anatomia política do corpo passou a se sobressair no século XIX e se estendeu aos séculos XX e XXI, pois era preciso mão de obra sadia para lucrar.

No Brasil, a década de 1920 é reconhecida como a “Era do saneamento”, devido à necessidade de o Estado intervir nas questões de saúde e instruções sanitárias. O governo federal teve que estabelecer políticas de saúde para áreas rurais, visto que era o foco da economia e da política nacional na época. Na década seguinte, liderada pelo governo de Getúlio Vargas (*1882-1954†), o foco passou a ser a indústria e o urbanismo. Dessa forma, com a migração da população do campo para a cidade e a expansão de indústrias pelo país, o Estado precisou criar políticas públicas voltadas à higienização e saneamento urbano-industrial (FARIA, 2002).

Aliando a necessidade capitalista de prolongar a vida humana com o crescimento da medicina social e o surgimento da indústria farmacêutica, temos a produção do saber sobre o sofrimento psíquico.

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si (racionalização própria da economia neoliberal). O consumo em larga escala dos medicamentos e o crescimento

exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX (GARRIDO, 2007, p. 159).

O fato de o capitalismo permear as descobertas e avanços na medicina e nos psicofármacos não significa que devemos deixar de utilizar todos os medicamentos, mas, sim, aproveitar-se dos benefícios desses avanços para a vida da população, a fim de podermos viver com saúde e não consumir de forma excessiva e irreflexiva para beneficiar aqueles que visam lucro e riquezas apenas. Devemos pensar no bem da humanidade, o que não inclui a cultura da medicalização.

Iniciamos o século XXI com mais descobertas científicas na área da Saúde: sofisticação das ressonâncias magnéticas, desenvolvimento de tecnologias para identificação de estruturas e manipulação do DNA, estudos que levaram ao mapeamento completo dos genes humanos, técnicas de reprodução assistida, dentre outras revoluções da vida humana. A medicina contemporânea manipula vidas (humanas, animais e vegetais) (GARRIDO, 2007).

As implicações desse contexto no âmbito escolar são diversas. Tivemos ainda a revolução cognitiva que garante a relação da cognição com os aparelhos computacionais, o que para alguns pesquisadores tornou possível o acompanhamento do funcionamento cerebral e a origem de seus fenômenos. Isso leva à definição de que o cérebro é um composto neuroquímico que pode ser manipulado por drogas que agem na regulação de humor, de comportamento e outros aspectos humanos (FURTADO; CAMILO, 2016).

Tais acontecimentos colocam novos desafios à sociedade. Tecnologias genéticas e as neurociências modificam a maneira com que o sujeito relaciona-se consigo mesmo e com seus pares, a partir de sua realidade biológica fundamental. Ainda que Foucault não tenha se ocupado diretamente com essas técnicas, seu conceito de biopoder mostra-se adequado para compreendermos alguns de seus efeitos (FURTADO; CAMILO, 2016, p. 42).

Isso significa medicalizar os comportamentos que vão contra o esperado pela sociedade em massa, o que gera confrontos entre a “normalidade” e o “patológico”. Nesse meio, o sujeito entra em conflito com seus próprios sentimentos, desejos e emoções, o que é satisfatório para a aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica que por meio de diagnósticos e tratamentos visam lucrar com a medicalização das condutas humanas, a fim de controlá-las. Assim identificamos os inúmeros e supostos diagnósticos de TDAH que são utilizados pelos organismos interessados em manipular os corpos que não condizem com o esperado, ou seja, corpos que não sejam controlados e focados para execução das atividades necessárias não são normais, logo, precisam ser medicados. O biopoder desconsidera toda a transformação social e

ignora o novo padrão de comportamento humano que considera uma ameaça ao bem-estar de todos os cidadãos.

O contexto conflituoso entre o normal e o patológico é incentivado pelos manuais de diagnósticos que delinham esses conceitos. Eles encaminham para uma solução farmacológica, fortalecendo a aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica, dando continuidade ao ciclo lucrativo do controle social. Considerando o exposto, concordamos com Garrido (2007) ao afirmar que a economia neoliberal culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si. Se no início o Estado interveio pelas vidas dos assalariados que precisavam aumentar as produções e o consumo, agora é necessário deixar de ter gastos para apenas obter o lucro, para tanto, faz-se necessário a terceirização dos serviços, que passam a ser de responsabilidade do setor privado, no caso, da indústria farmacêutica.

Essa é a representação da ínfima intervenção do Estado em prol de um bem social, a saúde, proposta neoliberal que se denomina Estado mínimo. Culpando o indivíduo de sua falta de entrosamento psicoemocional, físico, cognitivo e comportamental com a sociedade, o Estado não tem obrigações de lhe oferecer total suporte para se enquadrar às exigências sociais. Dessa forma, cabe ao indivíduo buscar tratamentos que o ajudem nessa questão, para tanto, há os setores privados (FOUCAUT, 2008). Assim, lucra o Estado e a indústria farmacêutica.

Segundo Birman (2014), nas últimas décadas os psicotrópicos atingiram um crescimento em seu consumo de forma semelhante às drogas ilícitas. Porém, como salienta o autor, a mídia muito critica o uso das drogas consideradas ilegais, por outro lado, sobre as drogas lícitas não falam quase nada.

Assim, este silêncio eloquente sobre esta segunda expansão maciça de drogas se justificaria então pelas finalidades terapêuticas que regulariam o seu uso, tendo, pois, uma legitimidade efetiva, pois estas se voltariam para a promoção do bem e não do mal nas populações, contrariamente às drogas ilícitas. Tudo se passa então como se isso não colocasse problema e não fosse em si mesmo um problema, mas um serviço para a expansão da saúde e do bem-estar, promovendo então a melhoria ostensiva das perturbações psíquicas nas populações (BIRMAN, 2014, p. 27).

Isso nos remete a Foucault (2008) quando aborda a questão da transformação da sociedade em mercado. Nesse contexto os cidadãos se tornaram consumidores, já o indivíduo é um empresário de si, que administra inclusive sua vida e a saúde. Logo, o próprio homem é responsável pela manutenção de sua vida.

O Estado que intervém minimamente na saúde pública, aos poucos se libera dos demais aspectos sociais como a empregabilidade, em que cada um deve se responsabilizar por encontrar um trabalho e se manter empregado; bem como na educação escolar, em que aos poucos vemos

mecanismos que empurram esse campo à terceirização e à privatização, já especificando aqui no Brasil, desde a década de 1990, que o acesso “[...] aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística” acontecerá segundo a “capacidade de cada um”¹⁴ (BRASIL, 1996), e nos países de terceiro mundo em geral que o sujeito deve “aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver” (UNESCO¹⁵, 1996).

O Brasil é um Estado neoliberal, que desde a sua Constituição de 1988 prevê encaminhamentos para ser mínimo nos campos da Saúde, da Educação, do Trabalho, dentre outros setores sociais. Isso faz com que os próprios cidadãos sejam os responsáveis pela sua vida e sobrevivência, cabendo a estes administrarem sua saúde e manterem-se aptos para o mercado de trabalho. Aos que não atendem essa demanda, resta ficar de fora. Essa é uma imposição vertical do Estado neoliberal e que usa as manobras de biopoder para afastar pessoas não aptas, deixando apenas “os melhores” no mercado para alavancar as economias sem dar despesas (doenças, aposentadorias, transtornos, erros de produção, entre outros).

Nesse contexto de biopoder estão o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida, que segundo Frances (2016) impõe uma ditadura do não normal, visto que facilmente qualquer pessoa pode ter um diagnóstico de doença mental segundo os manuais de diagnósticos. Isso resulta em uma sociedade com mais doentes do que pessoas saudáveis, dessa forma, o autor enfatiza a necessidade de “voltarmos ao normal”. Uma das teorias que “justificam” o aumento de diagnósticos e o consumo de medicamentos é o estresse da vida contemporânea:

Talvez seja difícil ser normal porque o mundo moderno está nos enlouquecendo. Não é fácil refutar essa sugestão, mas eu a julgo totalmente inconvincente. [...]. As gerações anteriores (bem como as pessoas que hoje vivem em partes menos favorecidas de nosso superlotado globo) sofriam catástrofes diárias que são inimagináveis para a maioria de nós. A vida sempre foi, e sempre será, um enorme estresse de uma forma ou de outra. De fato, os incômodos mentais só nos atordoam dessa maneira porque a maioria de nós não tem de se preocupar com a próxima refeição ou com a ameaça de ser devorado por um tigre que esteja passando (FRANCES, 2016, p. 67).

Ainda que seja um argumento que demonstre que a nossa sociedade estressante contribui para sobrecargas de emoções e sentimentos que podem nos levar a ter determinadas características como ser mais ansiosos e agitados que as gerações passadas, bem como ter comportamentos (hiperativos) e pré-disposição para determinados problemas de saúde (ataques

¹⁴ Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDBEN).

¹⁵ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

cardíacos, entre outros) não é uma justificativa para o predomínio de diagnósticos e aumento de medicalização.

Estamos imersos em uma epidemia de diagnósticos, nada mais em nossa vida cotidiana faz parte de um momento pelo qual estamos passando ou de nossa personalidade, pois tudo é caracterizado como síndrome, transtorno, distúrbio ou doença. O que estamos sinalizando é que em uma sociedade em que tudo visa o lucro, a saúde não é bem vista, pois assim não há como ganhar dinheiro com as vendas de medicamentos, os médicos e farmacêuticos não seriam tão valorizados e não ganhariam tão bem, os advogados não teriam mais uma vertente para trabalhar, visto que a falta de um diagnóstico e tratamento podem causar ações judiciais, bem como o giro monetário ficaria com um setor a menos para alavancar a economia (WELCK; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2008).

Por isso há tanto investimento em pesquisas do campo da Saúde, para que descubram novas doenças, elaborem mais manuais de diagnósticos e com isso fabriquem mais medicamentos para o consumo da população. Não vemos, ao contrário, pesquisas que incentivem formas de tratamentos alternativos, que não usem medicamentos, tais como as psicoterapias; também não vemos o financiamento de estudos que busquem formas de diminuir o número de diagnósticos, não há valorização das categorias que não contribuem para o lucro do Estado, tal como os professores, sobretudo de escolas públicas, bem como não há punição para quando há exacerbados diagnósticos realizados pelo médico ou a venda inconcebível de fármacos desnecessários. Em suma, não há estudos que busquem solução para o fim ou se quer a diminuição da cultura da medicalização (WELCK; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2008).

Isso é manipular vidas, é criar uma cultura onde a medicalização é “natural”, onde ser ansioso, estressado ou ter qualquer problema de saúde é “normal”, pois patológico seria não as ter. O biopoder descrito por Foucault (2008) se evidencia na união entre o saber (medicina, biomedicina, farmácia) e o poder (do governo, da burguesia e dos aparelhos de Estado), que impõe uma relação vertical na sociedade (soberania-súdito).

Não podemos aceitar que essa cultura continue se disseminando, atingindo as crianças e os adolescentes pelos quais somos responsáveis. Precisamos com urgência de uma educação que ensine os sujeitos a olharem para si como pessoas saudáveis, que às vezes passam por problemas de saúde, mas que nem sempre precisa de medicamentos. Precisamos criar uma cultura em que as pessoas aprendam a olhar para si, conhecendo seus corpos, suas mentes, suas psiques e principalmente suas emoções, de forma que saibam qual é o seu normal. Aliado a tudo isso, precisamos de uma educação que ensine que nem tudo é patológico e nem tudo precisa ser remediado.

3.2 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: “PARA TODO MAL HÁ CURA”

Na subseção anterior verificamos a construção da relação vertical do biopoder entre o Estado e o povo na contemporaneidade. Não costumamos ver um corpo como saudável, não se procura suas potencialidades, suas qualidades e características “normais”, já olhamos o corpo procurando uma doença, uma debilidade, algo que levará o sujeito ao fracasso, caso não seja tratado. Mas para compensar, “temos remédio para tudo”, se você sofre com algo, seja o que for, há uma “cura”, pelo menos é isso que a cultura da medicalização quer que você acredite.

Se você é uma pessoa agitada, corre o risco de receber diagnóstico de Hiperatividade e isso pode ser remediado com psicoestimulantes; agora, se você for muito calma, pode ser um reflexo de Fobia Social, mas pode se curar com antidepressivos. Se você dorme demais, pode estar sofrendo de um Transtorno de Hipersonolência, mas se não está dormindo é insônia, os quais são tratados respectivamente com estimulantes e anti-histamínicos. Em alguns momentos ficamos mais introvertidos, tristes, mas isso pode ser considerado sintomas de Distímia ou Depressão, tratados com antidepressivo. Por outro lado, se você anda muito feliz, pode ser visto como Transtorno Bipolar e poderá ser receitado um antipsicótico. E assim segue uma sequência de pseudossintomas como “muito focado”, “com muita fome”, “muito apaixonado” entre outros que podem ser indicados pela ferramenta “Busca por sintomas” do Google como “doenças”, tais como Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno Alimentar, Transtorno de Borderline, cujos tratamentos utilizam Ansiolíticos, Anfetaminas, dentre outros (APA, 2014; GOOGLE, 2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2017e; 2017f; 2017g).

Apesar de parecer insensato falar de transtornos e doenças com base em uma ferramenta do Google, precisamos discutir sobre essa possibilidade, pois de fato é uma ação irracional, visto que o assunto é delicado e precisa ser discutido de forma científica, a fim de que se tenha uma conscientização da população. O que queremos evidenciar é o ponto em que a sociedade chegou, ou seja, querem que acreditemos que podemos encontrar diagnósticos e tratamentos soberanamente medicamentosos apenas digitando em navegadores algumas de nossas características, fazendo com que acreditemos que sejam casos patológicos e não momentâneos.

Segundo Frances (2016), mais da metade do faturamento da indústria farmacêutica está centrada nas vendas de antipsicóticos, antidepressivos, estimulantes, ansiolíticos e remédios para dormir. Isso sem contar nos medicamentos sem receita (analgésicos, anti-inflamatórios, entre outros). Em nossa concepção a Psiquiatria contemporânea olha para todos os sinais de transitoriedade humana como um sintoma de transtorno comportamental, emocional e neurológico. Isso significa que não estão considerando os aspectos ambientais, sociais,

temporais, dentre outros fatores que acarretam em tristeza, ansiedade, desatenção, inquietação e demais sensações e comportamentos. Nessa vertente, tendem a receitar medicamentos em doses altas ou com alto nível de concentração por tempo ilimitado.

O uso abusivo de medicamentos na atualidade parece ser um dos traços significativos de nossa cultura ocidental, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo gênero, deve ser abolido a qualquer preço. A medicalização da vida tem se tornado cada vez mais, na sociedade ocidental moderna, um dos caminhos mais eficientes e rápidos para amenizar o sofrimento psíquico e os problemas que nos assolam cotidianamente. Neste sentido, o psicofármaco aparece como uma solução técnica para eliminar nossas inquietações, diante de uma sociedade que nos impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente (DANTAS, 2009, p. 564).

Tavares (2010) salienta que a medicalização da vida significa remediar os sintomas visíveis e desconsiderar a subjetividade humana e sua dimensão simbólica. O processo de medicalização da dor suprime o ser humano de todo o sofrimento existente e permite uma “invasão farmacêutica”. Isso reduz o limite de “suportabilidade” da dor e sua experiência, o que Carrara (1998) considera como negativo, pois cria um fenômeno de “analgesia coletiva” que surge com os consumos em massa de analgésicos, antidepressivos, tranquilizantes, entre outros.

Nessa perspectiva, vemos claramente que a medicalização exacerbada resulta em uma apropriação dos corpos e das subjetividades, na medida em que, por esse viés, concretiza-se o verdadeiro controle das individualidades. No entanto, o sujeito da atualidade é exatamente aquele que possui como característica maior a incapacidade de sofrer e, em contrapartida, demanda e deseja soluções rápidas e, principalmente, sem comprometimento subjetivo com a possível resolução de suas dificuldades (TAVARES, 2010, p. 86).

Esse uso em excesso de medicamentos pode causar efeitos colaterais nos sujeitos, sobretudo quando não há necessidade desse consumo. Os medicamentos devem ser utilizados em último caso, para doenças em que não há outras alternativas de tratamento e/ou cura. Olhar para a medicação como a única terapia possível é consolidar a alienação subjetiva, ou seja, “[...] a crença cega sob tal verdade diagnosticada, o que exime o sujeito de questionar suas certezas e tudo aquilo que o define e o identifica” (TAVARES, 2010, p. 153).

Dessa forma, o sujeito “[...] ao se identificar com aquilo que o define, esgota sua busca simbólica permanente, implicando uma ‘passividade’ com relação a si mesmo e ao mundo que o cerca” (TAVARES, 2010, p. 157). É preciso autoconhecimento para saber o que é suportável ou não. Ao sabermos sobre nosso corpo temos conhecimento do que é normal sentirmos e o que está desconfortável de forma a termos que procurar um médico que nos ajude a restaurar a

normalidade de nossa individualidade. Isso faz com que o uso de medicamentos seja esporádico e não contínuo.

A medicalização envolve discussões também a nível filosófico, pois requer a reflexão sobre a ética na área da Saúde. Esse assunto está sendo divulgado por diferentes autores desde as últimas décadas em uma constante. Monte (2002) escreveu sobre o princípio bioético de não prejudicar, “*primum, non nocer*”, em que disserta sobre a utilidade de certos atos médicos que são questionáveis. Esse princípio exige que todas as ações médicas priorizem a vida com a melhor qualidade possível e apenas em raras exceções optar-se-á por procedimentos que prejudiquem a integridade do paciente. Um exemplo seria a amputação de um membro, que apenas em caráter de sobrevivência pode ser realizado, ou seja, sem esse procedimento o sujeito perderia a vida. Nesse caso, esse procedimento questionável torna-se indispensável, visto que considera um bem maior, salvar uma vida.

Transpondo para o contexto de nossa discussão, sobre TDAH, o médico deve primar pela qualidade de vida desse paciente, que apesar de não correr riscos de morte, pode ter a vida prejudicada seja por um diagnóstico equivocado, seja por um tratamento desnecessário ou até pelo uso abusivo de medicamentos que levam a diferentes malefícios: intoxicação, modificação das estruturas e/ou funções neuronais, vícios, entre outros.

Nessa perspectiva, Wannmacher (2007, p. 5) ao discorrer sobre a bioética e o uso de medicamentos, afirma que se faz necessária

[...] a transposição de princípios da medicina individualizada para a medicina comunitária. Prescrever o medicamento correto, na dose certa, para paciente com definida indicação é missão evidente que, em um primeiro olhar, parece prescindir de preceitos sociais e éticos. No entanto, a prescrição individual deve integrar-se com bioética e responsabilidade social.

Essa afirmação deixa evidente a necessidade de reflexão do médico sobre a decisão de medicar seu paciente, ato que deve considerar a vida do mesmo, a real necessidade de consumo e benefícios acima de efeitos colaterais possíveis. Esse processo deveria envolver a reflexão do sujeito, também, sempre que possível, visto que ele é quem fará o uso do medicamento ou ainda da família em caso de crianças e adolescentes. Para tanto, é preciso envolver quem está em tratamento e seus familiares na ação, sendo possível que o médico faça as seguintes abordagens: a) informativa: em que o profissional da saúde informa aos sujeitos as razões de suas decisões médicas e; b) compartilhada: em que médico e paciente decidem juntos como proceder da melhor forma em relação ao(s) tratamento(s).

A relação entre médico e paciente deve ser transparente, para que juntos descubram o mal que está afetando de fato sua vida e, assim, descarte a necessidade de medicações se não

for preciso ou, em casos indispensáveis, opte pelo tratamento mais coerente e eficaz. Como já foi mencionado em outros parágrafos, não descartamos nesse estudo os benefícios que muitos medicamentos trazem para a vida de determinados pacientes, no entanto, há uma escassez de discussões acerca do uso de medicamentos para fins que não são patológicos, mas, sim, comportamentais e cognitivos, como é o caso do TDAH, que possuem outras formas de tratamentos mais saudáveis. Nesse sentido, Albuquerque (2018, p. 6) afirma que mesmo quando o uso de medicamentos é necessário

[...] se encontra atrelada a uma concepção reducionista e dissociada dos contextos nos quais o paciente se encontra inserido, tais como o social, o econômico e o cultural. Sendo assim, curar o paciente por meio de medicamentos e terapêuticas de problemas com conexões multifatoriais passa a ser a única providência médica a ser adotada, desprezando-se, assim, os enfoques interdisciplinares dos problemas humanos. Como exemplo, o alcoolismo e o TDHA são tratados com medicamentos psiquiátricos sem se levar em conta o ambiente que concorre para a produção do abuso do álcool e o sistema escolar que lida com a criança diagnosticada com TDHA. No mesmo sentido, as deficiências são vistas como doenças sem considerar que os impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial se dão em interação com diversas barreiras.

Dessa forma, precisamos criar uma cultura de transparência na relação entre médico e paciente, para que se conheçam as intenções e implicações de cada tratamento. Com essa nova cultura espera-se, também, que cada sujeito conheça suas reais necessidades, a fim de refletir sobre a melhor forma de intervenção. Por fim, com a transparência e a reflexão o médico adotará o melhor tratamento para seus pacientes que nem sempre provêm de medicamentos, como é o caso do TDAH, onde terapias comportamentais, cognitivas, trabalhos pedagógicos e psicopedagógicos podem auxiliar no desenvolvimento da atenção, do controle motor, dentre outras habilidades necessárias para a aprendizagem escolar. Essa nova cultura e reflexão, tanto por parte dos profissionais da Saúde quanto dos próprios pacientes só é possível por meio da educação, da ética e da moral.

A bioética também perpassa a indústria farmacêutica, que como vimos em seções anteriores, é responsável de diversas formas pela proliferação da cultura de medicalização, que vai contra alguns princípios éticos, tais como a preservação da vida. Alguns autores como Angell (2007) afirmam que os laboratórios farmacêuticos muitas vezes criam doenças para poder vender determinados medicamentos. Voltamos, então, à discussão sobre olhar o corpo procurando uma doença ou algo que o leve ao fracasso. Para exemplificar essa estratégia Angell (2007, p. 102-103) cita o exemplo da azia.

Quase todo mundo tem azia de vez em quando. O remédio costumava ser um copo de leite ou um antiácido de venda livre, para aliviar os sintomas. Mas agora a azia passou a se chamar [...] “doença do refluxo gastroesofágico” [...] e a ser anunciada, juntamente com o medicamento para tratá-la, como um prenúncio de uma doença grave do esôfago – o que normalmente não é o caso.

Com isso, argumenta a autora, a indústria farmacêutica lança os medicamentos que combatem a nova doença, movimentando o mercado, girando a economia e investindo em pesquisas que ampliam doenças e criam novos medicamentos. Por isso é possível afirmar que “[...] os pesquisadores não controlam mais os ensaios clínicos; os patrocinadores os controlam” (ANGELL, 2007, p. 117).

Nossa intenção com essas exposições não é criar uma teoria da conspiração ou difamar o setor da Saúde, mas delatar como ocorre a corrupção nesse setor da sociedade, que força cada indivíduo a seguir um sistema de obediência e homogeneidade a favor do Estado. Dessa forma, aqueles que têm pouco conhecimento sobre saúde e educação são manipulados, perpetuando uma cultura de medicalização que resulta em uniformidade, dependência e outros fatores que prejudicam o sujeito e favorecem as indústrias.

Em seções anteriores vimos sobre os manuais diagnósticos que cada vez mais englobam diferentes doenças, síndromes, transtornos e distúrbios. Todos abordados de forma bem abrangente, para que qualquer pessoa possa ser enquadrada em um diagnóstico. Além disso, a patologização das dificuldades pessoais e/ou sociais também é um fator que impulsiona o aumento de diagnósticos e conseqüentemente o uso de (novos) medicamentos (ANGELL, 2007).

Como destacamos no início dessa subseção, atualmente muitos comportamentos, sensações e sentimentos são caracterizados como sintomas de doenças psicológicas e remediáveis, assim, como ocorre com a timidez, o sono fora de hora e outras características que saem do padrão estabelecido socialmente, que devem ser tratados. Eis a importância de nos conhecermos enquanto indivíduo, sabermos de nossas características, formar nossa identidade e reconhecer as habilidades que já temos e precisamos desenvolver, a fim de que não deixemos que outras pessoas possam nos definir como algo que não somos.

Enquanto muitas doenças são criadas para atender as demandas mercadológicas de alguns medicamentos, outras doenças são negligenciadas, ou seja, são ignoradas pela ciência, visto que acometem apenas uma baixa porcentagem da população mundial e não daria lucro aos fabricantes de medicamentos que pudessem curá-las ou tratá-las, como ocorre em casos de doenças específicas de países tropicais subdesenvolvidos. Para essas doenças há pouco

investimento em pesquisas que possam criar uma cura ou ao menos um tratamento, resultando em uma gama de pessoas que morrem todos os anos após contraí-las (MACIEL, 2010).

Observamos que a ética deve perpassar toda a ação médica e farmacológica, no entanto, atualmente muitos de seus princípios são ignorados. Mas essa questão não é exclusiva dos dias de hoje. Ao retomarmos, por exemplo, a história do TDAH, verificamos que desde as primeiras “pesquisas” sobre o seu tratamento medicamentoso já estava implícito a falta de ética, como vemos nos experimentos de Bradley (1937) ao utilizar anfetaminas em crianças e adolescentes abrigados em asilos, mesmo já tendo conhecimento de seus efeitos colaterais em adultos. Em relação a isso, Moysés e Collares (2011, p. 140) afirmam que os efeitos colaterais de tais medicamentos, em especial a dependência química, já eram conhecidos em adultos e por isso não deveriam ser usados em crianças. Assim,

[...] a partir de experiências mal explicadas, sem o mínimo rigor metodológico – nem falamos em ética –, assim podemos resumir suas conclusões: usando anfetaminas, todas as crianças com problemas de comportamento ou aprendizagem apresentaram melhora significativa e persistente de todos os sintomas. Realizava-se o sonho prometido pela indústria farmacêutica: um remédio que melhoraria todos, de tudo e para sempre! Resultado jamais atingido por seus seguidores e que deve ser olhado com a devida cautela, para não dizer descrédito. Quem desrespeita seres humanos respeita dados? Respeita seus pares? (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p. 140).

As pesquisas que não seguem a ética ficam comprometidas, sobretudo quando consideramos os questionamentos das autoras, ou seja, seria lúcido acreditar em dados que, além de não terem metodologia científica, não respeitam a vida? Dessa forma, as pesquisas sobre os medicamentos com anfetaminas¹⁶ não iniciaram bem.

Mesmo com esse início não promissor que muitos pesquisadores preferem excluir da história do TDAH, os estudos em torno dos medicamentos para seu tratamento continuaram ao longo dos anos e hoje possui destaque na indústria farmacológica. Deparamo-nos, portanto, com questões vistas ao longo dessa seção, tais como: a) os interesses econômicos da indústria farmacêutica; b) a cultura da medicalização; c) o biopoder e; d) a falta de ética no setor da saúde, tanto na farmacologia quanto na medicina.

Os interesses econômicos sobre os medicamentos para tratamento de TDAH podem ser observados mediante o levantamento de dados sobre o financiamento de pesquisa e fabricação de medicamentos, realizados pela Administração de Repressão às Drogas (DEA – *Drug*

¹⁶ As anfetaminas são substâncias que produzem efeito estimulante no SNC, como veremos mais detalhadamente em subseções futuras.

Enforcement Administration), vinculado ao Departamento de Justiça dos EUA. Em 1995 eles divulgaram um levantamento em que constataram um aumento de interesses e divulgação do TDAH, além de maior filiação aos grupos que fazem esse trabalho. À exemplo foi citada a organização de Crianças e Adultos com Distúrbio de Déficit de Atenção (CHADD – *Children and Adults with Attention Deficit Disorder*), considerada a maior do país e com, na época, 28 mil membros.

O que chamou a atenção do DEA foi o fato da Ciba-Geigy (fabricante do produto à base de metilfenidato comercializado como Ritalina®) ter contribuído com US\$ 748.000,00 à CHADD nos anos entre 1991 a 1994 (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1995). Cabe refletir sobre os interesses desse investimento da indústria farmacológica em organizações que visam divulgar informações sobre determinados distúrbios, por exemplo, visto que se torna propício à propaganda de medicamentos em contrapartida. Mediante esse trabalho unindo Ciba-Geigy e CHADD, entre 1990 e 1995, constatou-se um expansivo uso do metilfenidato nos EUA. Moysés e Collares (2011, p. 171) ressaltam que nesse mesmo período:

[...] houve um aumento de 600% na produção e consumo da droga; segundo estatísticas da ONU de 1993 sobre o uso de psicotrópicos, a produção e o consumo americanos eram cinco vezes maiores do que em todo o resto do mundo. Por incrível não-coincidência, a CHADD encaminhou, em conjunto com a Academia Americana de Neurologia, petição ao DEA para que o metilfenidato fosse reclassificado dentro do CSA (Controlled Substances Act – Lei de Substâncias Controladas), do nível II (junto com as anfetaminas e metanfetamina, por sua semelhança química e farmacológica) para o nível III, em que o controle é menor. Também não surpreende que a CHADD negue qualquer relação de sua iniciativa com as contribuições financeiras da Ciba-Geigy (atualmente Janssen-Cilag). A solicitação não foi atendida.

Conforme o exposto, o trabalho para que uma determinada doença (transtorno ou distúrbio) seja amplamente divulgada e reconhecida é coletivo, envolvendo desde as organizações que se apresentam como espaço de informação e acolhimento para pais e familiares dos acometidos pelas diferenças, coletando, assim, espectadores e consumidores, até a indústria responsável por criar os medicamentos que prometem acabar com as angústias de quem possui o “problema” e de quem está em seu entorno. Isso nos leva à cultura da medicalização, onde é natural ter síndromes, distúrbios que podem ser remediados.

Com a promessa de que o metilfenidato pode resolver todos os problemas, as famílias influenciadas pelas organizações que “tem como missão ajudá-las e orientá-las da melhor forma” acabam por adquirir essa cultura da medicalização em busca de uma resposta fácil e rápida para acabar com o sofrimento daqueles que não aprendem, não se desenvolvem e não têm uma boa qualidade de vida. Como vimos com Moysés e Collares (2011), a cultura da

medicalização teve início nos EUA, mas não ficou apenas por lá, sendo introduzida também no Brasil.

Essa forma de manipulação das indústrias farmacológicas em parceria com organizações é, muitas vezes, financiada pelo Estado. Isso ocorre para que se tenha uma uniformização da sociedade, para que siga um padrão, fácil de controlar e fácil de manipular, como ocorre atualmente. Esses elementos de dominação por meio da área da Saúde são reconhecidos como biopoder.

Torcato (2016, p. 94) ressalta que “embora caiba ao médico a palavra final sobre o diagnóstico, a demanda pela medicalização acontece através de uma ampla negociação que envolve o aluno, o seu círculo pessoal mais próximo, os profissionais da educação e o profissional da medicina” (TORCATO, 2016, p. 94). Assim, “por trás desse drama, existe o anseio por adequar a criança ou o adolescente aos valores dominantes na sociedade” (TORCATO, 2016, p. 94). Isso significa que a responsabilidade pela perpetuação da cultura da medicalização é de todos os envolvidos no processo, como um trabalho multidisciplinar.

A ética, tão almejada, perpassa por todos os setores, iniciando pelo Estado e demais financiadores; pelas indústrias farmacêuticas; pelos pesquisadores; pelos médicos; pelos profissionais da Educação, que muitas vezes colaboram com o incentivo à medicalização e à patologização das dificuldades escolares; e por demais profissionais que compõem esse sistema.

Considerando todas essas discussões, entendemos porque há uma promessa de cura para todos os males que nos acometem, mesmo que não tenha mal algum. De acordo com Moynihan e Cassels (2007), as estratégias de *marketing* das maiores empresas farmacêuticas almejam agora, e de maneira enérgica, as pessoas saudáveis. Assim,

[...] os altos e baixos da vida diária tornaram-se problemas mentais. Queixas totalmente comuns são transformadas em síndromes do pânico. Pessoas normais são, cada vez mais, pessoas transformadas em doentes. Em meio a campanhas de promoção, a indústria farmacêutica, que movimenta cerca de 500 bilhões de dólares por ano, explora os nossos mais profundos medos da morte, da decadência física e da doença – mudando assim literalmente o que significa ser humano (MOYNIHAN; CASSELS, 2007, p. 151).

Não temos a valorização da vida, mas, sim, das doenças. Não vemos pesquisas para curas, mas, sim, para tratamentos ao longo da vida. Na visão farmacológica industrial não basta, como ressalta as autoras supracitadas, investir em medicamentos para quem precisa de fato, é necessário tornar todos consumidores em potencial. Ser saudável não é mais interessante, é preciso abrir a bolsa e mostrar as caixas de medicamentos que carrega com orgulho, sobretudo se forem tarja preta.

Dessa forma cultuamos os medicamentos que não estão mais apenas no mundo adulto, pois crianças e adolescentes, cada vez mais cedo, experimentam remédios para qualquer dor, frustração e desconforto. Mesmo, ainda, os próprios manuais contraindicando medicação para crianças abaixo de seis anos, é cada vez mais comum vermos essa prática. Se antes era raro ver uma criança em idade escolar ser medicada, hoje, está cada vez mais raro encontrar uma criança que não é.

3.3 PATOLOGIZAÇÃO DAS DIFICULDADES ESCOLARES

Nesta subseção buscamos afunilar nossas discussões para o campo da Educação, visto que a cultura da medicalização denunciada e explicitada até o momento atinge toda a sociedade, incluindo crianças e adolescentes, permeando as dificuldades escolares. Diante disso, precisamos compreender como o biopoder está presente na instituição escolar, caracterizando a patologização das dificuldades escolares. Patologização é uma palavra utilizada para designar a frequente explicação patológica de problemas que implicam nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento de crianças e de adolescentes da Educação Básica. Seu objetivo é justificar por meio de patologias essas dificuldades e responsabilizar apenas o indivíduo aprendiz (MOYSÉS; COLLARES, 2011).

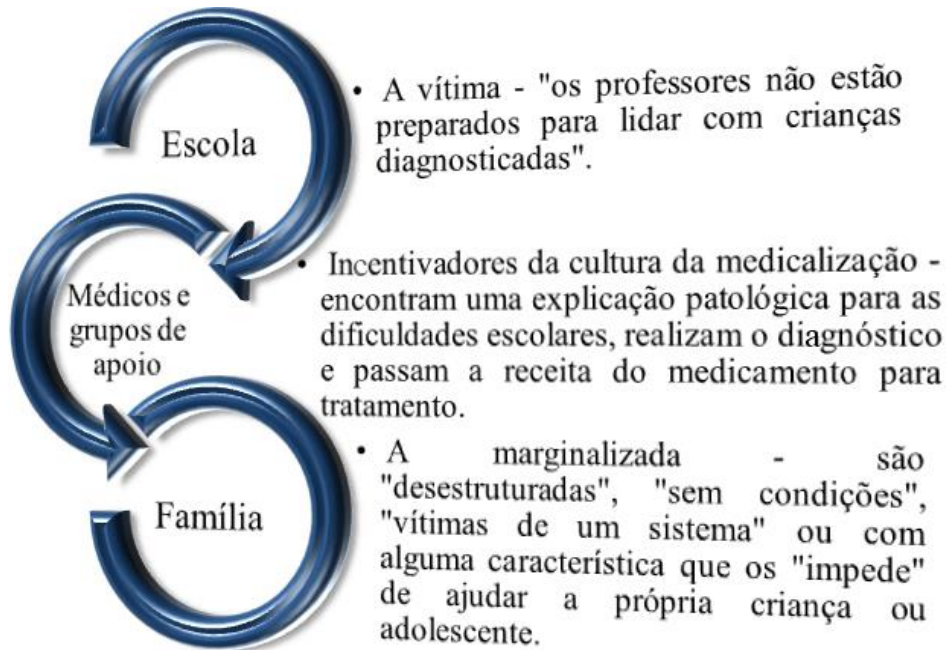
Vimos em seções anteriores que o século XIX oportunizou a origem de muitas ciências, tais como a Psicologia, a Psicomotricidade, algumas ramificações da Neurociência como a Neuropsicologia, entre outras. Desde então temos algumas teorias sobre as dificuldades escolares com base em aspectos físicos e psicológicos. No século XX essas teorias começaram a se fortificar nas literaturas científicas no campo da Saúde e da Educação. Estudos que procuram causas externas à escola para explicar as dificuldades de aprendizagem são recorrentes atualmente.

Esse olhar para o indivíduo apenas como um organismo biológico, fora de um contexto social, familiar e escolar, desconsidera a formação da subjetividade humana, reduzindo-nos a simples corpos. Nos espaços escolares a criança e o adolescente com dificuldades de aprendizagem passam a ser caracterizados como um corpo doente, fora de um padrão “normal” que precisa ser enquadrado em uma nova categoria, “anormal”. Vemos, então, a procura de um culpado, no caso, o próprio sujeito aprendiz.

Os casos mais comuns de interferência na aprendizagem, advindos do próprio sujeito, são: falta de atenção, desatenção, hiperatividade, agressividade, desnutrição e outros problemas

de saúde. Surge, então, um ciclo de patologização das dificuldades escolares, o qual pode ser visto na figura a seguir.

Figura 7 - Ciclo da patologização das dificuldades escolares



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Esse ciclo envolve a vitimização por parte dos professores, que muitas vezes afirmam não estarem preparados para lidarem com determinados casos. Como se trata de um aspecto do aluno, os docentes passam a responsabilidade para os profissionais da Saúde que, com base nas queixas escolares, fazem um diagnóstico indicando uma patologia que justifique a dificuldade de aprendizagem, cuja solução é a medicalização e, por fim, o sujeito volta à escola. A família que muitas vezes é rotulada como “desestruturada”, “sem condições”, entre outras características, também deixa, em muitos casos, a criança e o adolescente sob a responsabilidade da escola e do médico. Dessa forma, temos um sujeito que ora é jogado para os médicos e demais especialistas que trabalharão em cima de suas dificuldades, ora é jogado para a escola, onde, novamente, trabalhará suas dificuldades. Nesse meio, nenhuma instituição ou organismo assume o compromisso de ajudar nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento, sendo o aluno o maior prejudicado.

Da mesma forma que não devemos espalhar diagnósticos desnecessários, que em muitos casos prejudicam a vida de crianças ou adolescentes por serem meros meios de rotular os sujeitos; não devemos rotular de forma indiscriminada os professores, médicos e familiares pertencentes a esses grupos (vítimas, incentivadores de cultura da medicalização e marginalizados), pois há quem faça muito bem seu papel de profissional, para ajudar quem

precisa de forma ética e responsável. Contudo, infelizmente, os que se sobressaem são aqueles que prejudicam os processos de aprendizagem e de desenvolvimento, impedindo que o aluno exerça seu direito de ter uma educação de qualidade. Também não queremos apontar os culpados pelo ciclo dessa patologização ou pela cultura da medicalização, visto que seria, apenas, um modo de perpetuar a situação. Nossa intenção com essa discussão é propiciar uma reflexão sobre a responsabilidade social e ética de cada profissional, para com seu aluno e paciente.

A cultura da medicalização favorece a patologização e vice-versa. De acordo com Christofari, Freitas e Baptista (2015), no ambiente escolar a medicalização é um processo de produção discursiva que justifica as dificuldades de aprendizagem e os problemas comportamentais. Nas palavras dos autores,

[...] a identificação de problemas de aprendizagem como efeitos de um possível distúrbio, transtorno, síndrome ou deficiência influenciou significativamente na construção de um olhar pautado na racionalidade médica em relação aos modos de aprender e de ser na escola. Nessa linha de raciocínio, onde os modos de ser e de aprender na escola ingressam em uma análise que busca a patologia ao invés das potencialidades de cada um, as ciências médicas são, cada vez mais, convocadas pela escola a falarem sobre esses sujeitos. Suas falas ocupam um lugar de definição das capacidades cognitivas, muitas vezes direcionando o discurso pedagógico a uma visão mecanicista da vida (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1).

Atualmente esses conceitos e definições disseminados pelos médicos se espalham entre educadores e pais, se incorporando à cultura da medicalização, mas foi no interior da própria escola que se iniciou o exercício de disciplina dos corpos. Desde exercícios físicos, avaliações até punições e recompensas se debruçaram na tarefa de controlar os corpos infantis, de forma que aqueles que fugissem a regras de disciplina fossem considerados potenciais causadores de desordem social (CRUZ; FERRAZZA; CARDOSO JUNIOR, 2014; DOMINICO, 2018).

A escola da época reconhecida por uma educação tradicional, de carteiras em fila e o professor como detentor do saber foi a principal aliada para a efetivação do saber-poder. Com as atualizações no campo da Educação e as novas tendências pedagógicas, esse modelo de ensino foi se tornando ultrapassado e incorreto aos olhos de educadores mais contemporâneos, os métodos tradicionais foram cedendo espaço aos mais modernos, mas o discurso de biopoder ainda está presente em nossa sociedade. Dessa forma, os mesmos que eram considerados como desordeiros, sobretudo nos séculos XIX e XX, hoje recebem o mesmo título, mas acompanhado de uma explicação patológica. Para Collares e Moysés (1994) isso é responsabilizar a criança ou o adolescente por não se adequarem aos processos escolares.

No Brasil a patologização no ambiente escolar começou a surgir no final da década de 1930, quando

[...] o Estado implementa políticas higienistas aos setores da sociedade, com o objetivo de perpetuação de uma sociedade sem problemas. A escola, portanto, foi vista como ambiente possível de se aplicar a ideologia higienista do Estado. As disciplinas estudadas pelos professores primários reforçavam a ideia da presença dos médicos higienistas no contexto escolar, que eram amparados em decretos de lei do governo que contribuíram para produção de paradigmas biologizantes do processo escolar. A partir dessa concepção, os médicos higienistas passaram a atuar no contexto escolar identificando características biológicas das crianças e onde precisavam ser mudadas (FREITAS; ROTA JUNIOR, 2014, p. 65).

De acordo com Ortega (2006), a patologização das dificuldades de aprendizagem prejudica não apenas no processo de desenvolvimento do sujeito, que pode envolver os efeitos colaterais do medicamento, intoxicação ou tendência ao vício, exclusão escolar por parte de professores e demais alunos, mas, também, implicações do próprio sujeito consigo, como ocorre no processo de construção da identidade, em que aspectos como gênero, idade, etnia, dentre outros, são substituídos por termos biológicos, como: aquele que tem TDAH, a menina com dislexia, o menino com autismo entre outros. Temos em nossa diversidade a bioidentidade.

A construção da identidade é fundamental para a compreensão do mundo e demais aspectos. O sujeito que não conhece a si, não tem condições de conhecer o outro e os objetos em seu entorno. Para Wallon (2007) a formação da identidade se inicia aos três anos de idade, com a construção do “eu”, que, por sua vez, vai até os seis anos, em que terá consciência de si. A formação da identidade segue até o fim da adolescência. Por isso é tão importante que a construção da identidade seja incentivada no período da Educação Infantil, pois nessa faixa etária (3-6 anos) o sujeito egocêntrico aprende por meio de seu corpo, de suas sensações, de seu ego, dentre outros aspectos que estão ligados à autocompreensão. Aos poucos todo autoconhecimento vai se expandindo para o conhecimento dos familiares, dos professores e colegas de escola e assim por toda a infância.

Explica-se, então, a relevância de trabalharmos a autoimagem, as preferências das crianças de forma individual, por toda a etapa da Educação Infantil. Assim, ao chegar nos anos iniciais do Ensino Fundamental, período de alfabetização e construção de demais saberes sistematizados, a criança terá passado pelo autoconhecimento, cedendo espaço, agora, para a compreensão do mundo. Tudo isso é um aspecto cognitivo, que se efetiva por meio dos estágios de desenvolvimento humano, os quais não são considerados, muitas vezes, quando se observa os problemas de aprendizagem.

Encontramos nas escolas muitas crianças e adolescentes com diversas dificuldades de aprendizagem, mas que inicialmente não possuem a base para poderem aprender. Crianças e adolescentes que não conseguem se expressar, não por uma questão fonológica, mas, também, por outros meios de comunicação além do oral (escrita, desenhos, gestos, entre outros), estudantes que estão sempre frustrados ou sem motivação, tudo relacionado à identidade. Nessas condições, não há desenvolvimento da atenção, da praxia, da memória, nem das demais funções psicológicas superiores, logo, não há base para a aprendizagem. Considerando os estudos de Bauman (2001) que tratam da liquidez presente em nossa sociedade, podemos afirmar que em meio à rotina tumultuada das famílias, a fragilidade das relações humanas e a fragmentação do ensino escolar, nossas crianças crescem em um ambiente de incertezas e inconstâncias, influenciando negativamente nessa formação da identidade, criando cada vez mais sujeitos líquidos e uma sociedade líquida¹⁷.

Contudo, não é realizada uma análise de relatórios das séries anteriores desses alunos, em poucos casos a família é consultada para uma conversa sobre o contexto em que esse sujeito cresceu, restando, assim, a opção de uma dedução de um problema orgânico como transtorno ou distúrbio, que leva ao encaminhamento e à patologização das dificuldades de aprendizagem. Com todo esse contexto, temos um sujeito fadado ao fracasso escolar, não por sua culpa, não por uma questão de incompetência ou incapacidade, mas, sim, pelo fato de a escola não conseguir cumprir com o seu papel de promover uma educação para todos, de fato. Isso sim caracteriza o fracasso escolar.

Dessa forma, a existência, ou não, de disfunções neurológicas não deve ser a justificativa significativa do fracasso escolar, pois independentemente de o aluno possuir ou não um distúrbio neurológico a instituição escolar deve oferecer educação de qualidade e fazer cumprir o seu papel de formação de cidadão (que esteja apto a ler, interpretar, contar, escrever e se apropriar dos conhecimentos científicos). Ao fugir dessa responsabilidade é que se tem o fracasso escolar, pois se não for para ensinar e promover aprendizagem e desenvolvimento pleno, qual seria o papel da escola? Ao não atingirmos um objetivo por falta de empenho e dedicação, fracassamos.

Atribuir à criança a culpa pelo fracasso escolar exime o professor e toda a equipe pedagógica de suas responsabilidades, impossibilitando a busca de soluções de problemas para métodos e metodologias inadequadas à realidade do aluno; adequação da didática, bem como

¹⁷ O termo “sociedade líquida” é utilizado por Zygmunt Bauman, sociólogo contemporâneo, em seu livro “Modernidade líquida” para explicar as relações humanas que se tornaram voláteis, dissolvendo em aspectos cada vez mais fugazes, resultando na individualização do mundo.

das estratégias pedagógicas para mediação do conteúdo (REGHELIN, 2015). Nesse contexto, a escola precisa se conscientizar do alto índice de encaminhamentos que faz às clínicas, cada vez que uma criança ou adolescente apresenta um problema de aprendizagem. A medicalização, ou seja, o predomínio da ótica médica sobre as questões não médicas, como em casos de dificuldades escolares; precisa ser erradicada, para tanto, a patologização precisa ser compreendida pelos profissionais da Educação como um processo ideológico de doenças, distúrbios e transtornos.

Nesse contexto de criação de ideologias tenta-se estabelecer uma homogeneidade utópica, em que as diferenças e singularidades são patologias. Dessa forma, as crianças que não aprendem pelo mesmo processo de ensino, não acompanham o ritmo de aprendizagem das demais e de alguma forma apresentam dificuldades, são estigmatizadas como “problemas”. Com a fuga da padronização dos alunos, a escola tenta criar novas categorias para enquadrar os estudantes; com a ajuda da patologização temos os alunos com TDAH, com Autismo, com Dislexia e assim sucessivamente. De acordo com Christofari, Freitas e Baptista (2015, p. 9),

[...] os discursos, compostos por uma rede de saberes produzidos pelos campos da medicina, psiquiatria, psicologia e pedagogia, produzem um solo fértil para a irrupção do processo de medicalização dos modos de ser e de aprender. É o modo como o sujeito se expressa na escola, se apresenta, fala, se veste, se comporta; é o seu processo de aprendizagem, como constrói relações, o ritmo na resolução das atividades utilizadas pela escola na elaboração dos discursos que apologizam o aluno. Os problemas de caráter pedagógico, político, social e cultural são traduzidos em questões biológicas e médicas. Esse fenômeno, chamado neste artigo de medicalização dos processos de aprendizagem, refere-se à prática de se tomar um problema que não é médico e dar-lhe uma roupagem, transformá-lo em um problema biológico centrado no indivíduo. É compreender a vida escolar a partir de uma lógica médica, relacionando aquilo que não está adequado às normas escolares (que não se enquadra nas performances escolares consideradas como metas em períodos estipulados) a uma suposta causalidade orgânica. São produzidos problemas com uma característica de causa biológica. Sendo esta a principal questão considerada como um indicador das supostas dificuldades escolares, as intervenções direcionam-se à busca de acompanhamento e controle da doença. Ao se considerar a composição orgânica como uma engrenagem falha, produz-se um discurso em que as grandes questões políticas e sociais são transformadas artificialmente em um problema do indivíduo (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 9).

Não estamos aqui contradizendo as pesquisas da área da Saúde que ao longo dos tempos muito contribuíram para o conhecimento biológico do sujeito e seus aspectos no processo de aprendizagem e desenvolvimento, tal como pudemos acompanhar nas seções anteriores em que a Neuropsicologia nos ajuda a comprovar a existência de um transtorno de causas

neurobiológicas que afeta a atenção, o comportamento e o controle dos impulsos. Da mesma forma, há doenças, transtornos e distúrbios que de fato afetam a aprendizagem escolar e implicam no desenvolvimento humano dos quais não podemos ignorar. Porém, o que chamamos a atenção é para a necessidade de uma educação e de uma atenção pedagógica especial para crianças e adolescentes que apresentam qualquer dificuldade no âmbito escolar, sem que a sobreposição seja a necessidade de o professor caracterizar esses alunos por patologias e buscar soluções remediáveis para todos, afinal, o papel da escola não é diagnosticar e nem remediar, mas, sim, trabalhar com o desenvolvimento de habilidades humanas em todos os sujeitos.

Quando buscamos por pesquisas sobre a patologização no ambiente escolar, os artigos recorrem em grande parte para a exemplificação dos casos de TDAH, cujo diagnóstico vem aumentando de forma exorbitante em toda América, como no caso do Brasil, sobretudo nos países norte-americanos, como EUA e Canadá. Esse aumento de diagnóstico é visto como um meio de dar explicações médicas às dificuldades de aprendizagem, de comportamento e em determinados casos da falta de controle do professor sobre a classe, de forma que o responsável seja o indivíduo e seus aspectos orgânicos. Qualquer sujeito que apresente falta de atenção, hiperatividade, falta de disciplina, dificuldades de internalizar conteúdos, dificuldade de seguir rotinas, desobediência e outros aspectos, pode ser enquadrado no Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (CHAGAS; PEDROZA, 2017; GOMES; SIMONI-CASTRO, 2017; MAIA, 2017).

Sem explicações necessariamente biológicas, poderíamos ter causas externas ao sujeito como o ambiente familiar; as relações sociais com família, amigos e professores; aspectos pedagógicos como didática, métodos e metodologias incompatíveis com a aprendizagem do sujeito; dentre outros motivos não médicos que não são investigados diante da “visível” tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade. Isso ocorre porque já está enraizado o discurso médico de que estas são características do TDAH e deve ser tratado com medicamentos.

Neste ínterim, o que poderíamos ver como um efeito (desatenção, hiperatividade, impulsividade) passa a ser a causa com um fim em si, ou seja, ao em vez de questionarmos os motivos que levam o sujeito a ter um comportamento agitado e apresentar desatenção, afirmamos que ele tem TDAH, mas quando poderíamos perguntar sobre o porquê dele ter esse transtorno, temos a resposta de que é em razão ao seu comportamento, logo, a medicalização aparece como forma de tratamento inquestionável (SILVA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, ao observarmos escolas do Ensino Fundamental em todo o nosso país encontramos dezenas de crianças com o diagnóstico de TDAH, que em muitos casos não

apresentam, de fato, um transtorno. Por isso ele é tão ilustrativo quando se fala em patologização no ambiente escolar. Os números de crianças e adolescentes com esse diagnóstico são tão alarmantes quanto a porcentagem dos que utilizam medicamentos para seu tratamento. O curioso é que tudo se inicia por uma queixa de dificuldade de aprendizagem e termina em medicalização. Dessa forma, como podemos justificar o tratamento medicamentoso para dificuldades de aprendizagem? Há uma cura para a dificuldade no processo de escolarização? Se uma criança não aprende a ler, ela precisa de remédio? O mesmo ocorre para todos os problemas escolares? É possível, necessário e imprescindível remediá-los?

Conforme já discutimos anteriormente, a cultura da medicalização é uma imposição vertical, que começa pelo Estado por meio do saber-poder e chega até a população onde, também, há uma imposição que passa dos adultos até as crianças que, infelizmente, são submetidas ao uso de medicamentos cada vez mais cedo. Se hoje temos um grande contingente de crianças nas séries iniciais do Ensino Fundamental utilizando medicamentos para TDAH, a tendência é que este uso inclua crianças da Educação Infantil, com a justificativa de “termos um diagnóstico cada vez mais preventivo”. Ora! Se a maior queixa que leva o suspeito até a clínica a ser diagnosticado com TDAH é a dificuldade de aprendizagem como ler, escrever e contar, além da apresentação de características como desatenção, hiperatividade e impulsividade, como podemos encaminhar uma criança com menos de seis anos de idade perante esse quadro? Ressaltamos que na Educação Infantil, o objetivo não é a aquisição dessas habilidades, justamente pelo fato de a criança ainda não estar biológica, psicológica e cognitivamente preparada para tais tarefas, por isso, deve-se trabalhar as questões que desenvolverão as competências necessárias para se chegar a determinadas habilidades.

Também não devemos cobrar que uma criança nessa fase seja¹⁸ atenta, comportada e controle seus impulsos, visto que está aprendendo e desenvolvendo tudo isso. Caracterizar como TDAH uma criança com menos de seis anos, com a justificativa de que ela não está aprendendo os conteúdos escolares, significa ignorar todas as teorias de desenvolvimento humano e ir contra os aspectos pedagógicos que favoreçam a educação de qualidade e de direito para todos.

Mesmo indo contra o papel da escola, seus objetivos e até a ética profissional de educadores e médicos, envolvidos na manutenção do biopoder, a patologização das dificuldades escolares utiliza cada vez mais crianças e com idade cada vez menor, para consolidar o *status* de saber-poder por meio do TDAH, solidificando, também, as vendas de medicamentos necessários

¹⁸ Salientarmos a diferença entre **ser** e **estar**. A criança até os seis anos pode **estar** atenta e comportada em alguns poucos momentos e em determinados lugares, mas ela ainda não é um sujeito que controla seus impulsos conforme rege as leis e morais de nossa sociedade. Por isso, o adulto precisa a todo o momento lembrá-la do que é certo, como deve agir e se comportar e respeitar seus momentos de atenção, que ainda não possuem um período prolongado.

para administração do referido transtorno e (falsas) soluções dos problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Este cenário nos coloca a frente de uma vitrine com diversas opções de medicamentos, que serão prescritos conforme o médico responsável.

Figura 8 - Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados no tratamento de TDAH

NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSAGEM	DURAÇÃO DO EFEITO
Metilfenidato - psicoestimulante - ação curta	Ritalina®	5 a 20 mg 2 a 3 vezes/dia	3 a 5 horas
Metilfenidato - psicoestimulante - ação intermediária	Ritalina LA®	20 a 40 mg pela manhã	8 horas
Metilfenidato - psicoestimulante - ação prolongada	Concerta®	18 a 72 mg Pela manhã	12 horas
Imipramina - antidepressivo	Tofranil®	2,5 a 5 mg por kg/peso 1 a 2 vezes/dia	19 horas
Bupropiona - antidepressivo	Wellbutrin®	50 a 100 mg 1 a 3 vezes/dia	12-24 horas
Clonidina - anti-hipertensivo	Atensina®	0,01 mg 1 a 2 vezes/dia	12-24 horas

Fonte: Arruda (2006 *apud* LUENGO, 2009, p. 60).

Perante o império da medicalização das condutas escolares, que influenciam nos processos de aprendizagem e desenvolvimento, resta-nos explorar sobre os efeitos que estes medicamentos causam nas crianças e nos adolescentes, a fim de conscientizar professores e médicos das consequências da patologização das dificuldades escolares. Para tanto, na próxima subseção abordaremos sobre o metilfenidato, tão consumido pelos que recebem o diagnóstico de TDAH.

3.4 METILFENIDATO: FARMACODINÂMICA, RECEITA E EFEITOS COLATERAIS

Conforme vimos na subseção anterior, a subjugação dos corpos, o biopoder e o consumo de medicamentos chegam até a infância e a adolescência, permeando o contexto escolar e criando uma cultura de patologização das dificuldades escolares. Ao adentrarmos essas instituições de ensino não é difícil vermos crianças serem rotuladas como “autistas”,

“hiperativas”, “desatentas”, “disléticas”, dentre outros. Acompanhado dos rótulos vem a informação de que para o “controle do problema” o indivíduo consome X medicamento.

Como ainda temos um grande número de crianças consideradas com TDAH, o medicamento mais presente nas escolas é o Metilfenidato (fórmula $C_{14}H_{19}NO_2$), cuja abreviação pode ser MFD. Nesta subseção o apresentamos a fim de conhecermos sua farmacodinâmica, seu receituário e os efeitos colaterais, sobretudo em crianças e adolescentes, identificando as implicações no contexto escolar, frente ao processo de aprendizagem e desenvolvimento.

Como já dissemos anteriormente, Bradley (1937) já utilizava psicotrópicos em experiências com crianças e adolescentes. Especificamente o metilfenidato foi sintetizado em 1944 na Suíça por Leandro Panizzon (*1907-2003†)¹⁹ e patenteado em 1954. Sua comercialização iniciou no mesmo ano na Suíça, bem como na Alemanha, onde não exigia prescrição médica. Dois anos depois os EUA passaram a vender o medicamento, seguido do Canadá em 1979. Já no Brasil há controvérsias entre a Anvisa que data em 1998 e as publicações em revistas científicas que mencionam datas anteriores (ITABORAHY; ORTEGA, 2013; COSTA, 2016).

Atualmente seu uso está relacionado ao tratamento de TDAH, amplamente comercializado e visto como um dos medicamentos que mais tem aumento de consumidores. No entanto, pessoas com dificuldades cognitivas, narcolepsia, ou mesmo estudantes de graduação fazem uso descontrolado desse medicamento para sanar necessidades de concentração, desempenho acadêmico, dentre outros, como vemos no estudo de Baron *et al.* (2010). Segundo os autores, diferentes pesquisadores já realizaram estudos com alunos de graduação, sobretudo dos cursos de Medicina, para verificarem o uso de drogas pelos mesmos. Em todas há destaque para o uso de drogas lícitas e ilícitas para ajudar a frequentar o curso, seja para superar o cansaço acumulado ou para ajudar na ampliação do tempo de concentração. Em seu estudo envolvendo 234 estudantes do Programa de Medicina da Universidade de Manizales confirmou essas constatações: “No presente estudo 51,9% dos participantes confirmaram consumir estimulantes para melhorar o rendimento acadêmico. Destes, 70,9% relataram ter alcançado seu objetivo”²⁰ (BARÓN *et al.*, 2010, p. 211 – tradução nossa). Logo, os autores concluíram sobre a necessidade de uma intervenção para solucionar esse problema de saúde nas universidades.

¹⁹ Químico do antigo laboratório suíço CIBA-Geigy (atual Novartis) (COSTA, 2016).

²⁰ “En el presente estudio el 51,9% de los participantes aseveraron haber consumido estimulantes para mejorar rendimiento académico. De estos, el 70,9% relato haber logrado su objetivo” (BARÓN *et al.*, 2010, p. 211).

Diante do exposto, além do aumento de diagnósticos de TDAH que conseqüentemente ajuda a aumentar o consumo de metilfenidato, temos o uso em casos como o investigado por Baron *et al.* (2010) e demais autores. A ampla comercialização preocupa na medida em que os fins desse consumo podem se tornar um problema de saúde pública, visto que se trata de um forte medicamento, sobretudo para crianças e adolescentes.

O metilfenidato é caracterizado por ser uma anfetamina, um psicotrópico de tarja preta. As anfetaminas (fórmula $C_9H_{13}N$) são estimulantes que agem no SNC, acelerando o funcionamento cerebral resultando em estado de alerta, metabolismo acelerado, dentre outros efeitos. Elas podem ser encontradas como drogas ilícitas (êxtase – metilenodioximetanfetamina – MDMA) e lícitas (metilfenidato – vendida sob nomes comerciais), sendo em ambos os casos produtos sintéticos, ou seja, fabricados em laboratório (PORTAL SAÚDE DIRETA, 2018).

As anfetaminas podem causar vícios e possui efeitos no cérebro e no corpo, tais como a modificação do funcionamento perfeito do corpo humano. Considerando que elas agem nos neurônios, aumentando os neurotransmissores da dopamina e noradrenalina, há um excedente de neurotransmissores liberados e com interferência que pode modificar inclusive a função dos mesmos no organismo (MUAKAD, 2013).

Os psicotrópicos (*psic* = alma/intelecto; *otróp* = mudança/desvio; *ico* = relação/participação) são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) como drogas que agem no SNC e produzem alteração no comportamento, no humor e na cognição e pode levar à dependência. Elas podem ser classificadas em (psico)estimulantes (ativam o SNC), depressoras (diminuem o nível de atividade cerebral) ou alucinógenas (induz a distorção de percepções cognitivas). No caso do metilfenidato temos um psicotrópico classificado como psicoestimulante, ajudando no aumento de atividades motoras e cognitivas.

Com essa caracterização, o metilfenidato é, também, considerado um medicamento tarja preta, ou seja, precisa de apresentação da receita, que por sua vez fica retida pelo farmacêutico e é identificado pela embalagem com tarja preta e o texto “Venda sob prescrição médica só pode ser vendido com retenção da receita” (ANVISA, 2010a).

De acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), principal legislação nacional sobre o comércio de medicamentos sujeitos a controle especial, as substâncias são distribuídas em listas que determinam a forma como devem ser prescritas e dispensadas. Vejamos a figura a seguir sobre o quadro construído pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná (PARANÁ, 2015) a partir dos dados da referida Portaria:

Figura 9 - Denominações das listas de substâncias sujeitas a controle especial

LISTA	DENOMINAÇÃO
A1	Lista das substâncias entorpecentes
A2	Lista das substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais
A3	Lista das substâncias psicotrópicas
B1	Lista das substâncias psicotrópicas
B2	Lista das substâncias psicotrópicas anorexígenas
C1	Lista das outras substâncias sujeitas a controle especial
C2	Lista das substâncias retinoicas
C3	Lista das substâncias imunossupressoras
C4	Lista das substâncias antirretrovirais
C5	Lista das substâncias anabolizantes
D1	Lista das substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicos
D2	Lista de insumos químicos utilizados para fabricação e síntese de entorpecentes e/ou psicotrópicos
E	Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas
LISTA F - Lista das substâncias de uso proscrito no Brasil	
F1	Substâncias entorpecentes
F2	Substâncias psicotrópicas
F3	Substâncias precursoras
F4	Outras substâncias

Fonte: Paraná (2015, p. 6).

Na coluna “LISTA” vemos a sigla e a numeração das notificações de receita, por exemplo: A1 = receita A – Amarela, 1 – entorpecentes; B2 = receita B – Azul, 2 – psicotrópicos; assim sucessivamente de acordo com a Portaria SVS nº 344/98. Na sequência temos a denominação de cada uma.

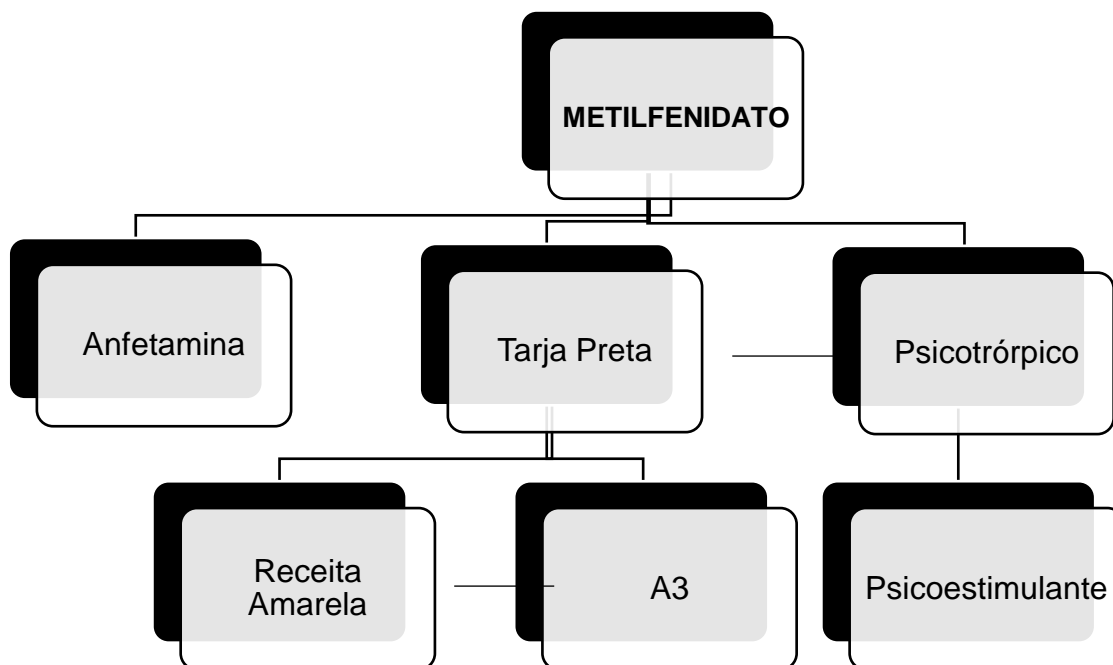
O metilfenidato deve ser prescrito em receita amarela A3. Madruga (2009, p. 12) em seu manual explica que:

[...] **Receita Amarela ou Receita A** – A Notificação de Receita A é um impresso, na cor amarela, para a prescrição dos medicamentos das listas A1 e A2 (entorpecentes) e A3 (psicotrópicos). Poderá conter somente um produto farmacêutico. Será válida por 30 (trinta) dias, a contar da data de sua emissão, em todo o território nacional. As notificações de Receita “A”, quando para aquisição em outra unidade federativa, precisarão que sejam acompanhadas de receita médica com justificativa de uso. E as farmácias, por sua vez, ficarão obrigadas a apresentá-las, dentro do prazo de 72 (setenta e duas) horas, à Autoridade Sanitária local, para averiguação e visto (grifo da autora).

A Notificação da Receita (NR) é um documento, a sua validade é de 30 dias após a receita prescrita em todo o país. Desta forma, é indispensável a receita para compra e uso do metilfenidato para qualquer fim, no entanto, há relatos de muitas pessoas fazem uso deste

medicamento, sem receita. Para a caracterização do metilfenidato, apresentamos o seguinte organograma:

Figura 10 - Caracterização do metilfenidato



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A farmacodinâmica²¹ do MFD, segundo Costa (2016, p. 8), indica que “[...] seu mecanismo de ação passa por inibir a recaptção de dopamina e noradrenalina provocando um aumento extracelular das catecolaminas na fenda sináptica [...]”, que resulta em um nível de alerta mais elevado, melhor concentração, controle dos impulsos, dentre outras ações. Com essa promessa muitas pessoas saudáveis também procuram o metilfenidato para obter melhor desempenho nos estudos, no trabalho, em competições esportivas, entre outros (COSTA, 2016). Contudo, devemos lembrar que independentemente de fazer bem ou mal todo medicamento é uma droga, logo, traz efeitos adversos ao sujeito.

Por sua farmacodinâmica, sua composição química e seus efeitos colaterais é que o MFD é considerado tarja preta. A Anvisa²² classifica tarja preta todo medicamento que exerce ação sedativa ou estimulante no SNC. Por isso, são perigosos e precisam ser consumidos de acordo com a indicação médica e vendidos mediante a apresentação da receita, que fica retida na farmácia.

²¹ Área da Farmacologia que estuda as ações dos medicamentos no organismo.

²² Informação retirada do site: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2862297&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=tarjas-de-medicamentos&inheritRedirect=true>.

Conforme vimos em parágrafos anteriores, os psicotrópicos exigem notificação na receita amarela, vejamos abaixo a lista das substâncias que exigem a notificação da receita amarela (A), de acordo com a Portaria nº 344/98:

Quadro 1 - Lista de substâncias psicotrópicas sujeitas à notificação da receita A

1. Anfetamina	5. Dexanfetamina	9. Levanfetamina
2. Catina	6. Fenciclidina	10. Levometanfetamina
3. Clobenzorex	7. Fenetilina	11. Metanfetamina
4. Clorfentermina	8. Fenmetrazina	12. Metilfenidato
		13. Tanfetamina
Adendo:		
1. Ficam também sob controle, todos os sais e isômeros das substâncias enumeradas acima.		

Fonte: Adaptado da Portaria nº 344 de 1998 (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde emitiu em 2012 uma Nota Técnica sobre o MFD, nº 38/2012, em que ressalta as contraindicações e efeitos colaterais desse medicamento, ainda que em uso placebo:

Novas contra-indicações incluem: diagnóstico ou antecedente de perturbações depressão grave, anorexia, tendência suicida, sintomas psicóticos, transtorno grave de humor, mania, esquizofrenia, psicopatia, transtorno de personalidade; distúrbio cardiovascular pré-existent; transtorno cerebrovascular pré-existent. Além disso, os pacientes devem ser cuidadosamente monitorizados: a pressão arterial deve ser registrada em cada ajuste de dose e, em seguida, pelo menos, a cada seis meses. Altura, peso e apetite devem ser registrados, pelo menos, cada seis meses. Pacientes que não estão ganhando altura ou peso como esperado pode ser preciso de uma pausa no tratamento. [...] metilfenidato pode causar ou agravar alguns distúrbios psiquiátricos, como depressão, ideação suicida, hostilidade, ansiedade, agitação, psicose e mania. A longo prazo, efeitos do tratamento com metilfenidato em crianças não são totalmente compreendidos (BRASIL, 2012, p. 4-5).

Ainda na Nota Técnica, nº 38/2012, o MS salienta que os efeitos colaterais são: nervosismo e insônia como reações comuns logo de início. Além de o sujeito apresentar falta de apetite, cefaleia, sonolência, tontura, discinesia, taquicardia, palpitação, arritmia, alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco, erupção cutânea, prurido, urticária, febre, queda de cabelo, artralgia, dores abdominais, náuseas e/ou vômitos.

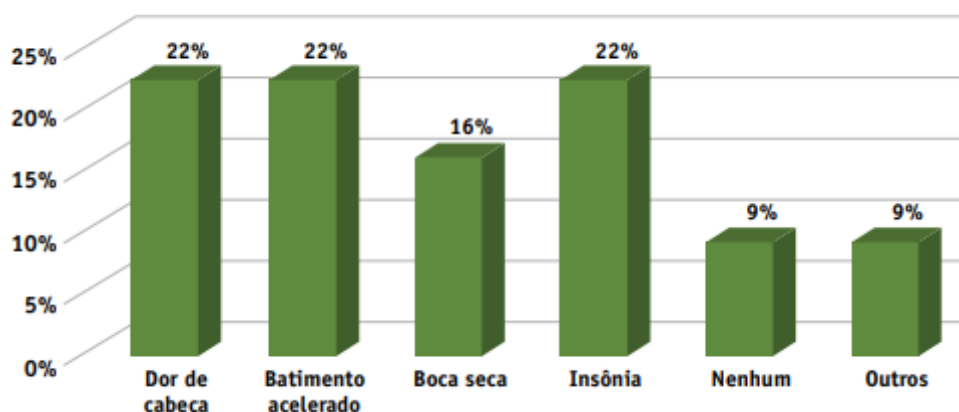
Em 1990 um estudo já revelava esses e outros sintomas causados pelo uso do metilfenidato, como vemos na figura 11, com a tabela realizada por Barkley *et al.* (1990 *apud* PASTURA; MATTOS, 2004):

Figura 11 - Frequência de aparecimento de efeitos colaterais de metilfenidato em pacientes em uso de placebo, baixas (0,3 mg/kg) e altas (0,5 mg/kg) doses de metilfenidato

Efeito colateral	Placebo	Baixa dose	Alta dose
Diminuição de apetite	15	52	56
Insônia	40	62	68
Dor abdominal	18	39	35
Cefaléia	11	26	21
Propensão ao choro	49	59	54
Tiques	18	18	28
Tonteira	4	10	7
Náuseas	18	23	20
Roer unhas	22	26	29
Falar pouco	16	20	22
Ansiedade	58	58	52
Desinteresse	18	18	15
Euforia	41	34	43
Irritabilidade	72	65	66
Pesadelo	20	20	21
Tristeza	43	48	41
"Olhar parado"	40	38	38

Fonte: Pastura e Mattos (2004, p. 101).

Affonso *et al.* (2016) realizaram estudos com 400 alunos de graduação da Biomedicina, Enfermagem, Farmácia e Nutrição da Faculdade Anhanguera de Brasília (FAB), a fim de investigarem o uso do metilfenidato. Os dados obtidos indicam que o consumo não é contínuo, acontecendo geralmente em períodos de prova e épocas mais avançadas da faculdade. Dessa forma, 172 alunos responderam que utilizavam o metilfenidato de duas a cinco vezes por semana, 140 utilizavam apenas uma vez, 52 de seis a dez vezes por semana e 36 faziam uso por mais de dez vezes na semana. Com isso, relataram que os efeitos mais comuns do uso desse medicamento são: dor de cabeça, batimentos acelerados e insônia, como mostra o gráfico 1:

Gráfico 1 - Efeitos adversos em estudantes da FAB durante o uso do metilfenidato

Fonte: Affonso *et al.* (2016, p. 170).




Esses efeitos adversos constatados em adultos podem ser encontrados também em crianças, no entanto, como vimos com o próprio MS, os efeitos desse medicamento na faixa etária abaixo dos 17 anos de idade não são totalmente compreendidos, visto que “faltam estudos”, mas, mesmo assim, são receitados para crianças e adolescentes com (características de) TDAH.

Camargos Júnior (2005) apresenta alguns efeitos que o metilfenidato pode causar, sendo, um deles, o potencial para uso de drogas, além da perda de apetite, dentre outros. O autor também descreve sintomas hipomaniacos e maniacos como perturbação do sono, interferência no crescimento, tiques, dentre outros, que a Anvisa (2012) reconhece como eventos adversos. A comercialização do metilfenidato para tratamento de TDAH acontece por meio da Ritalina®; Ritalina® LA e Concerta®. Ambas são compostas na forma de cloridrato de metilfenidato, ou seja, um sal branco, inodoro e solúvel em água (fórmula $C_{14}H_{19}NO_2.HCl$).

Precisamos ler a bula para compreendermos a farmacodinâmica e os efeitos colaterais de cada forma em que o metilfenidato é disposto e ao analisarmos as três bulas (vide Quadro 2) verificamos os efeitos adversos citados nos estudos acima. Logo, a frequência desses efeitos é mais comum do que descrito na bula, ainda que nos casos descritos sejam utilizados apenas por adultos e que não possuem o TDAH.

Quadro 2 - Bula dos medicamentos compostos de cloridrato de metilfenidato utilizados para tratamento do TDAH

(continua...)

RITALINA®	RITALINA® LA	CONCERTA®
 <p>RITALINA® cloridrato de metilfenidato</p> <p>APRESENTAÇÕES Ritalina® 10 mg – embalagens contendo 30 ou 60 comprimidos.</p> <p>VIA ORAL USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 6 ANOS</p> <p>COMPOSIÇÃO Cada comprimido de Ritalina® contém 10 mg de cloridrato de metilfenidato. Excipientes: fosfato de cálcio tribásico, lactose, amido, gelatina, estearato de magnésio e talco.</p> <p>Quando não devo usar este medicamento? Não tome Ritalina® se você: é alérgico (hipersensíveis) ao metilfenidato ou a qualquer outro componente de Ritalina® listado no início desta bula. Se você achar que pode ser alérgico, peça orientação ao seu médico; sofre de ansiedade, tensão ou agitação; tem algum problema da tireoide; têm problemas cardíacos, como ataque cardíaco, batimento cardíaco irregular, dor no peito (angina), insuficiência cardíaca, doença cardíaca ou se nasceu com problema do coração; tem pressão sanguínea muito alta (hipertensão) ou estreitamento dos vasos sanguíneos (doença arterial oclusiva que pode causar dor nos braços e pernas); estiver tomando um medicamento chamado “inibidor da monoamino oxidase” (IMAO),</p>	 <p>RITALINA® LA cloridrato de metilfenidato</p> <p>APRESENTAÇÕES Ritalina® LA 10, 20, 30 ou 40 mg – embalagens contendo 30 cápsulas.</p> <p>VIA ORAL USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 6 ANOS</p> <p>COMPOSIÇÃO Cada cápsula de Ritalina® LA contém 10, 20, 30 ou 40 mg de cloridrato de metilfenidato. Excipientes.</p> <p>Composição - cápsula de 10 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido férrico preto, óxido férrico vermelho, óxido férrico amarelo. - cápsula de 20 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina e dióxido de titânio.</p>	 <p>JANSSEN- CILAG FARMACÉUTICA LTDA.</p> <p>Concerta®</p> <p>Informações ao Paciente</p> <p>Comprimidos de liberação prolongada cloridrato de metilfenidato</p> <p>Forma Farmacêutica e apresentação Comprimidos de liberação prolongada em embalagem com 30 comprimidos.</p> <p>Uso adulto e pediátrico (em crianças acima de 6 anos de idade)</p> <p>Informações Gerais</p> <p>Marca Comercial: Concerta® Princípio Ativo: cloridrato de metilfenidato Classe Terapêutica: Psicoestimulantes</p> <p>Contraindicações Você não deve tomar Concerta se for alérgico ao cloridrato de metilfenidato ou a outros componentes da fórmula; se tiver ansiedade, tensão e ou agitação significativas; se tiver glaucoma (uma doença dos olhos); se tiver tiques ou Síndrome de Tourette ou história familiar desta síndrome.</p> <p>Precauções Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início ou durante o tratamento. Antes de iniciar o tratamento, informe seu médico se você:</p>

utilizado no tratamento da depressão ou tiver tomado IMAO nas últimas duas semanas (vide “Ingestão concomitante com outras substâncias”); tem pressão ocular aumentada (glaucoma); tem um tumor da glândula adrenal chamado feocromocitoma; tem fala e movimentos corpóreos incontrolláveis (síndrome de Tourette) ou se qualquer outro membro da família for portador desta síndrome. Se você acha que algum dos casos acima aplica-se a você, informe ao seu médico, sem tomar Ritalina®.

O que devo saber antes de usar este medicamento?

Ritalina® deve ser utilizada com cuidado se você: apresentar de ereções anormais ou frequentes e dolorosas do pênis sob tratamento ou após descontinuação de Ritalina®. Isto pode ocorrer em qualquer faixa etária e pode precisar de tratamento médico urgente. Se isso ocorrer, fale com seu médico imediatamente; sentir a combinação dos seguintes sintomas: agitação, tremores, contrações musculares repentinas, temperatura elevada anormal, náuseas e vômitos enquanto toma metilfenidato com medicamentos que elevam o nível da serotonina do corpo (medicamentos serotoninérgicos, como por exemplo, aqueles usados para tratar depressão, como sertralina e venlafaxina), interrompa o tratamento com metilfenidato e o medicamento que aumenta o nível da serotonina no corpo e **informe seu médico imediatamente**; tem histórico de abuso de álcool ou droga; tem desmaios (epilepsia, convulsões, crises epiléticas); tem pressão sanguínea alta (hipertensão); tem qualquer anormalidade cardíaca (por exemplo, anormalidade cardíaca estrutural); tem qualquer outro problema cardíaco corrente ou passado; tenha ou teve qualquer distúrbio nos vasos sanguíneos cerebrais, por exemplo enfraquecimento da parede dos vasos sanguíneos (aneurisma), acidente vascular cerebral,

- cápsula de 30 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio e óxido férrico amarelo.

- cápsula de 40 mg: esferas de sacarose, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido férrico amarelo, óxido férrico preto e óxido férrico vermelho.

Para que este medicamento é indicado?

Ritalina® LA é utilizada para o tratamento do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

O Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou Transtorno hipercinético é um distúrbio de comportamento em crianças, adolescente e adultos. Cerca de 3% das crianças sofrem deste transtorno, o que as torna incapazes de ficarem paradas e/ou se concentrar em tarefas por um determinado período de tempo. As crianças com esse transtorno podem ter dificuldades para aprender e fazer tarefas escolares. Elas podem frequentemente se tornar difícil de lidar, tanto na escola quanto em casa. Adultos com TDAH frequentemente têm dificuldade de se concentrar. Costumam se sentir inquietos, impacientes, desatentos e ficam entediados com facilidade. Podem ter dificuldades em organizar sua vida pessoal e trabalho. Se o paciente é uma criança ou se você for um adolescente, o médico prescreveu Ritalina® LA como parte de um programa de tratamento de TDAH, o qual incluirá também usualmente terapia psicológica, educacional e

- Estiver recebendo tratamento para depressão ou tiver sintomas de depressão (tristeza, falta de esperança, perda de interesse ou prazer),

- Tiver tiques motores ou verbais ou se alguém de sua família tiver tiques ou Síndrome de Tourette,

- Tiver pensamentos ou visões anormais, ouvir sons anormais ou tiver diagnóstico de psicose,

- Tiver convulsões (epilepsia) ou apresentar alguma alteração do eletroencefalograma,

- Tiver hipertensão arterial (pressão alta),

- Apresentar estenose (estreitamento) ou obstrução do trato gastrointestinal (esôfago, estômago ou intestino). Contate seu médico imediatamente se, durante o tratamento, você tiver qualquer destes sintomas ou condições.

O uso abusivo de **Concerta** pode levar à dependência. Informe seu médico se você for dependente de drogas ou de bebidas alcoólicas.

Características Farmacodinâmica

O cloridrato de metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central. O mecanismo de ação terapêutica no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) não é conhecido. Acredita-se que o metilfenidato bloqueie a recaptção de norepinefrina e dopamina no neurônio pré-sináptico e aumente a liberação destas monoaminas no espaço extraneuronal. O metilfenidato é uma mistura racêmica composta por isômeros d e l. O isômero d tem atividade farmacológica maior que o isômero l.

Farmacocinética Absorção

O metilfenidato é rapidamente absorvido. Após a administração oral de **Concerta** a adultos, a concentração plasmática de metilfenidato aumenta rapidamente, atingindo um pico inicial em cerca de 1-2 horas, e continua a aumentar, gradualmente, nas

<p>inflamação dos vasos sanguíneos (vasculites); tem distúrbios mentais agudos que causam pensamentos e percepções anormais (psicose) ou fazem você sentir excitação anormal, atividade aumentada e desinibida (mania aguda) – seu médico dirá se você apresenta estas doenças; tem sintomas psicóticos como ver ou sentir coisas que não estão presentes (alucinações); tem comportamento agressivo; tem pensamentos ou comportamentos suicidas; tem tiques motores ou se qualquer outro membro da família tenha tiques. Os sinais de tiques são difíceis de controlar, ocorre repetida contração em todas as partes do corpo ou repetição de sons e palavras. Caso qualquer uma destas condições se aplicar a você, informe ao seu médico. O médico decidirá se você pode começar ou continuar a tomar Ritalina®. Algumas crianças tomando Ritalina® por um período longo podem ter um crescimento mais lento que o normal, mas elas geralmente o recuperam quando o tratamento é interrompido. Não há evidências que pacientes com TDAH fiquem viciados em Ritalina®, ou que eles tendam a abusar de drogas durante a vida. A Ritalina®, como todos os medicamentos que contêm estimulantes do sistema nervoso central, será prescrita a você apenas sob supervisão médica próxima e após diagnóstico adequado.</p> <p>Crianças e adolescentes Ritalina® não é recomendada para crianças com menos de 6 anos de idade.</p> <p>Algumas reações adversas podem ser sérias: Informe ao seu médico imediatamente se você apresentar: inchaço dos lábios ou língua, ou dificuldade de respirar (sinais de reação alérgica grave); febre alta repentina, pressão arterial muito elevada e convulsões graves (Síndrome Neuroléptica</p>	<p>social. Se você tem alguma dúvida sobre como funciona a Ritalina® LA ou porque este medicamento foi receitado para você, pergunte ao seu médico.</p> <p>Como este medicamento funciona? Ritalina® LA tem como substância ativa o cloridrato de metilfenidato. Este medicamento é um estimulante do sistema nervoso central.</p> <p>A Ritalina® LA age melhorando as atividades de certas partes do cérebro que são pouco ativas.</p> <p>A Ritalina® LA melhora a atenção e a concentração, além de reduzir comportamento impulsivo.</p> <p>Uma cápsula de Ritalina® LA fornece uma liberação inicial da substância ativa e uma segunda liberação aproximadamente 4 horas depois.</p>	<p>horas subsequentes. A concentração plasmática máxima é atingida em cerca de 6 a 8 horas, após o que se inicia uma redução gradual do nível plasmático de metilfenidato. A administração de Concerta em dose única diária minimiza as flutuações entre as concentrações plasmáticas de pico e vale associadas com o metilfenidato de liberação imediata administrado 3 vezes ao dia. A biodisponibilidade relativa de Concerta em dose única diária é comparável à do metilfenidato administrado 3 vezes ao dia, em adultos.</p> <p>Contraindicações Concerta é contraindicado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em pacientes com ansiedade, tensão e agitação acentuadas, pois pode agravar estes sintomas. - Em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao metilfenidato ou a outros componentes da fórmula do produto. - Em pacientes com glaucoma. - Em pacientes com diagnóstico ou história familiar de Síndrome de Tourette. - Durante tratamento com inibidores da monoaminoxidase (MAO) e, também, durante um período mínimo de 14 dias após a descontinuação do inibidor da MAO (pode ocorrer crise hipertensiva). <p>Posologia O uso de Concerta em crianças com menos de 6 anos de idade não foi avaliado em estudos clínicos controlados. Concerta não deve ser usado em crianças menores de 6 anos. Concerta deve ser administrado por via oral, uma vez ao dia. Como o efeito é observado até 12 horas após a administração, o medicamento deve ser tomado pela manhã.</p>
---	--	--

<p>Maligna); dor de cabeça grave ou confusão, fraqueza ou paralisia dos membros ou face, dificuldade de falar (sinais de distúrbio dos vasos sanguíneos cerebrais); batimento cardíaco acelerado; dor no peito; movimentos bruscos e incontroláveis (sinal de discinesia); equimose (sinal de púrpura trombocitopênica); espasmos musculares ou tiques; garganta inflamada e febre ou resfriado (sinais de baixa contagem de células brancas do sangue); movimentos contorcidos incontroláveis do membro, face e/ou tronco (movimentos coreatetoides); ver ou sentir coisas que não existem na realidade (alucinações); desmaios (convulsões, epilepsia ou crises epiléticas); bolhas na pele ou coceiras (sinal de dermatite esfoliativa); manchas vermelhas sobre a pele (sinal de eritema multiforme); ereção prolongada, causando desconforto no pênis (sinal de priapismo).</p>		<p>O comprimido deve ser deglutido inteiro com um pouco de líquido, e não deve ser mastigado, partido ou esmagado.</p> <p>Concerta pode ser administrado com ou sem alimentos.</p> <p>A dose deve ser individualizada de acordo com a necessidade e a resposta do paciente.</p> <p>A posologia deve ser ajustada em incrementos de 18 mg até o máximo de 54 mg/dia, em dose única diária, pela manhã para crianças com idade ente 6-12 anos e para 72 mg/dia para adolescentes com idade entre 13-18 anos e adultos. Em geral, o aumento da dose pode ser realizado em intervalos de aproximadamente 1 semana.</p> <p>Advertências</p> <p>Embora uma relação causal não tenha sido estabelecida, mortes súbitas foram relatadas em pacientes com anormalidades cardíacas estruturais tratados com drogas com efeito estimulante usadas no tratamento do TDAH. Estes tratamentos devem ser usados com cautela em pacientes com anormalidades cardíacas estruturais.</p> <p>Concerta não deve ser usado em crianças com menos de 6 anos de idade.</p> <p>Não há ainda dados suficientes disponíveis sobre a segurança de uso a longo prazo do metilfenidato.</p>
--	--	---

Fonte: Ritalina (2017, p. 1-7); Ritalina LA (2017, p. 1-7); Concerta (2014, p. 1-9).

A primeira coluna apresenta uma longa lista de contraindicações para o uso da Ritalina®, que como vemos não é indicada para pacientes que apresentam distúrbios e problemas psicológicos em comorbidade com o TDAH. Seu uso também não é indicado para crianças abaixo de seis anos de idade e apresenta uma série de efeitos adversos, tais como sinais de reação alérgica, dor de cabeça grave e convulsão. Além dessas, a bula na íntegra traz outros efeitos que podem ocorrer em 10% dos casos sendo considerados muito comuns (dor de garganta, diminuição do apetite, dificuldade de adormecer); 1% a 10% dos pacientes considerados comuns (angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, tonturas, sonolências, diminuição do peso); 0,01% a 0,% dos pacientes considerados raros (desaceleração do crescimento – peso e altura – durante uso prolongado); 0,01% dos pacientes considerados muito raros (baixa contagem de glóbulos vermelhos – anemia, humor deprimido, Síndrome de Tourette²³) (RITALINA, 2017).

A segunda coluna apresenta partes da bula da Ritalina® LA que possui as mesmas contraindicações e efeitos colaterais da Ritalina®. Seu destaque vai para a composição que se amplia a cada dosagem e o foco aos que possuem TDAH. Da mesma forma que apresentado Ritalina®, a LA não é indicada para crianças abaixo de seis anos de idade (RITALINA LA, 2017).

Por fim, na terceira coluna vemos a bula do Concerta®, que apresenta muitas contraindicações, sobretudo para quem tem histórico de tiques e Síndrome de Tourette, além de negar a possibilidade de administração para crianças com idade abaixo de seis anos e ressaltar que os riscos desse uso ainda não foram avaliados nessa faixa etária. No que tange ao uso prolongado desse medicamento, não há dados disponíveis sobre a segurança do mesmo, porém, ainda assim, muitas crianças e adolescentes fazem uso contínuo do mesmo. Outro ponto crítico é a necessidade de exames cardíacos periódicos por parte de quem faz uso desse medicamento, visto que possui várias implicações, sendo a mais grave relatada na bula a “morte súbita de pacientes com anomalias cardíacas estruturais” (CONCERTA, 2014, p. 5).

Diante dessas análises, precisamos compreender porque mesmo com tantas contraindicações esse medicamento, MFD, é prescrito para crianças e adolescentes e em dosagens tão altas, com uso frequente. Os riscos de uso prolongado dividem-se em: a) não conhecidos e; b) implicações na saúde, sobretudo problemas cardíacos e vício em substância química. Devemos, portanto, investigar as razões que levam os profissionais da saúde a receitarem esse medicamento tão perigoso para as crianças e adolescentes que ainda estão em desenvolvimento.

²³ Síndrome de comprometimento do sistema nervoso que causa movimentos repetitivos, sons indesejados, com comprometimento psicológico e social.

4 PRINCÍPIOS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nesta seção apresentamos a Teoria das Representações Social (TRS), a qual norteou nosso trabalho ao longo da pesquisa de campo, desde a construção dos instrumentos de coleta de dados até as análises dos resultados obtidos. Com a possibilidade de obter respostas, conscientes e inconscientes, sobre as ações que emergem dos conhecimentos socialmente acumulados que, por sua vez, também se originam das experiências práticas, a TRS foi escolhida para embasar nossa pesquisa de forma que nos apresentasse as representações sociais dos grupos investigados, ligados diretamente com crianças e adolescentes que apresentam características de TDAH.

Para compreendermos a TRS precisamos internalizar os conceitos principais que a constituem e conhecer o contexto em que os mesmos surgiram, dando origem à teoria aqui em destaque. Diante dessa relevância, os conceitos e os contextos que permearam a origem da TRS serão explanados nos tópicos adiante.

Em seguida, destaca-se a vida e a obra de Serge Moscovici (*1925-2014†), conhecido como o criador da TRS e precursor das pesquisas que a utilizam como fundamentação teórica. Essas obras formam parte do aporte teórico que tivemos para fundamentar a presente tese, que também conta com as contribuições de Jodelet (1984; 1989; 2011; 2015), Jovchelovith (2011), dentre outros autores que corroboram com os conhecimentos cientificamente acumulados sobre a TRS, que teve início efetivamente a partir dos estudos de Serge Moscovici, sendo difundida pela Escola Francesa e chegando ao Brasil, onde já temos um arsenal de pesquisas com base nessa teoria.

Iniciamos com a apresentação da metodologia e dos métodos presentes nesta tese. A princípio, devemos compreender a diferença entre esses dois conceitos. Metodologia pode ser a disciplina que estuda os diferentes métodos de pesquisas existentes ou, como no caso em questão, “a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 14). Já por Método “[...] podemos entender o caminho, a forma, o modo de pensamento. É a forma de abordagem em nível de abstração dos fenômenos. É o conjunto de processos ou operações mentais empregados na pesquisa” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 14). Em suma, metodologia é o procedimento de aplicação dos métodos, que por sua vez são caminhos ou meios pelos quais o pesquisador alcançará o objeto de pesquisa.

Por isso, tão importante quanto definir o objeto de pesquisa é definir os procedimentos e os caminhos pelos quais o investigador chegará até o mesmo. Dessa forma, no caso da presente pesquisa, o objeto de estudo é o TDAH e a medicalização. Para chegarmos até esse objeto pensamos em uma metodologia que nos ajudasse a compreender como o mesmo é entendido pelos profissionais que atendem crianças e adolescentes que possuem esse transtorno, sem deixar de considerar os aspectos sociais que envolvem nossos personagens (entrevistados e seus pacientes). Logo, a Teoria das Representações Sociais nos pareceu o caminho mais eficaz de chegar até o objeto, pois além de proporcionar a revelação dos pensamentos (conscientes e inconscientes) sobre TDAH e medicalização, também considera todo o contexto social em que as representações emergem.

Diante do exposto, faz-se necessário um resgate histórico sobre a TRS antes mesmo de ela ser organizada como tal, visto que o conceito de representação social surgiu dos questionamentos de Moscovici (2012) sobre o conceito de representação coletiva de Émile Durkheim²⁴, que por meio da Sociologia do Conhecimento, tentou superar o discurso referente à epistemologia de Immanuel Kant²⁵ (PINHEIRO FILHO, 2004).

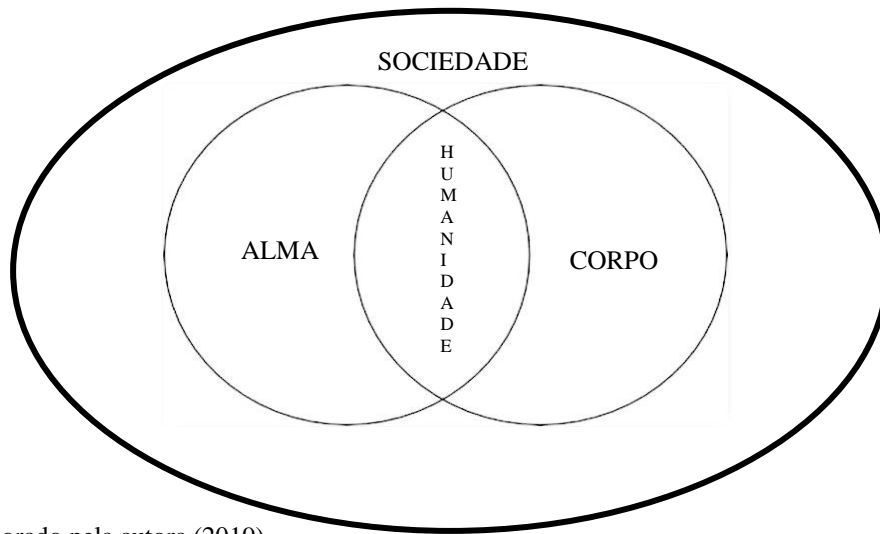
Por ter um apreço pelas obras kantianas, Durkheim se propôs a estudá-las e aprimorá-las, a fim de identificar o ponto de estagnação de Kant e continuar sua teoria a partir de então. Contudo, alguns elementos divergentes surgiram, mas foi a partir de pontos convergentes sobre o conhecimento que Durkheim continuou a pesquisa. Dessa forma, definiu as categorias como espécie do gênero das representações coletivas, mostrando a dualidade da natureza humana, dividida em corpo e alma (PINHEIRO FILHO, 2004).

Essa dualidade se aproxima da analogia sagrado x profano, por meio da qual Pinheiro Filho (2004) explica que a alma seria comparada ao sagrado, pois exprime nossa individualidade (ideias, desejos e vontades), enquanto o corpo (pouca nobreza) seria o profano, que nos dirige em comunhão com os demais Homens (a humanidade). Dessa forma, se entendermos que a sociedade é *locus* de formação da humanidade, compreenderemos a comparação durkheimiana, ou seja, a sociedade externa o indivíduo, enquanto o indivíduo interna o Homem.

²⁴ Filósofo e sociólogo francês que viveu entre 1858 e 1917.

²⁵ Filósofo alemão que viveu entre 1724 e 1804.

Figura 12 - Dualidade humana segundo Durkheim (1912)



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Essa dualidade humana é a porta de entrada para as representações coletivas que significa o pensamento derivado dos fenômenos da associação entre os homens. Segundo Rêses (2003, p. 190),

Durkheim partia do princípio de que a ciência, para estudar as representações, tinha de reconhecer a diferença entre o individual e o coletivo. Isso porque, para ele, o substrato da representação individual era a consciência própria de cada um, sendo, portanto, subjetiva, flutuante e perigosa à ordem social. Por outro lado, o substrato da representação coletiva era a sociedade em sua totalidade e, por isso, seria impessoal e ao mesmo tempo permanente, garantindo, assim, a ligação necessária entre os indivíduos e, conseqüentemente, a harmonia da sociedade.

Em suma, para Durkheim as representações coletivas eram produções sociais, ou seja, formas sociais de expressão, de reconhecimento e de explicação do mundo. Trata-se de fatos sociais que não são falsos ou verdadeiros, mas, sim, a forma que cada sociedade em seu tempo explica o mundo (CORDEIRO, 2016). Por meio dessas representações, o filósofo buscava explicar as categorias do intelecto, ou seja, conceitos utilizados para definir e caracterizar tudo com o qual convivemos. Seu objetivo com esses estudos era demonstrar que a mentalidade de um grupo é diferente da mentalidade de um indivíduo. Dessa forma, os conceitos que perpassam nossa sociedade têm origem no coletivo (RÊSES, 2003).

A Representação Coletiva durkheimiana foi reconhecida e muito utilizada, porém, em 1961 Serge Moscovici questionou alguns de seus conceitos, tais como vemos em Durkheim (1912):

[...] um homem que não pensaria por conceitos não seria um homem, pois não seria um ser social, reduzido que estaria somente ao aspecto perceptivo, ele seria indiferenciado e animal. [...]. Pensar conceitualmente não é só isolar e agrupar juntas categorias as características comuns e certos objetos; é subsumir o variável no permanente, o individual no social (DURKHEIM, 1912, p. 626-627).

Diante dessa afirmação, Moscovici (2012, p. 40) indaga:

Se, nesses textos Durkheim queria simplesmente dizer que a vida social é a condição de todo pensamento organizado – e também a recíproca –, sua atitude não provoca objeções. No entanto, na medida em que ele não aborda de frente, nem explica os modos de organização do pensamento, mesmo sendo eles sociais, a noção de representação perde sua clareza. Talvez devêssemos a isso o abandono da noção: os antropólogos se voltaram para o estudo dos mitos, os sociólogos para o estudo das ciências etc. A fim de dar-lhe uma significação determinada, é indispensável fazer com que deixe seu papel de categoria geral, relacionada ao conjunto das produções ao mesmo tempo intelectuais e sociais. Pensamos que, por esse viés, será possível determiná-la, destacá-la da cadeia dos termos similares.

Podemos considerar que Moscovici (2012) preservou muitos conceitos durkheimianos, tais como o caráter social das representações coletivas, o poder do ambiente simbólico, dentre outros, mas no que tange à forma estática das representações e a configuração do senso comum como um elemento inferior da humanidade teve que elaborar suas próprias conclusões.

Moscovici (2012) viu a necessidade de modificar esses dois conceitos pelo fato de entender que as sociedades de cada um eram diferentes. Durkheim (1912) presenciou uma sociedade mais estática, onde as mudanças e as próprias representações se movimentavam de forma mais lenta. Moscovici (2012) já na década de 1960 vivenciava uma sociedade mais dinâmica, semelhante ao que vemos atualmente.

Com relação ao senso comum “para Moscovici, o assim chamado pensamento primitivo (e, por analogia, o senso comum) não é o estágio elementar de uma forma mais desenvolvida de pensamento, tal como a ciência; ele é algo que deve ser considerado e entendido em seus próprios méritos” (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 99). Dessa forma, Moscovici (2012) apresenta em sua tese o que é senso comum e o que é representação social em sua teoria, em contraposição à teoria de Émile Durkheim.

O senso comum é mal visto por muitos, sobretudo em meios acadêmicos em que se deve predominar o conhecimento científico. Logo, opiniões, sugestões e “achismos” nem sempre estão pautados em ciências, mas, sim, em conhecimentos empíricos que acabam norteando nossas ações cotidianas. Contudo, o senso comum é uma forma de conhecimento, que surge de

experiências que se confirmaram e são repassadas para outras pessoas, tornando-se um conhecimento comum e compartilhado.

Portanto, para Moscovici (2015) o senso comum, ainda que na ausência de uma ciência que comprove seus conhecimentos, deve ser respeitado, o que não isenta a responsabilidade de os pesquisadores terem cautelas ao lidarem com ele, pois de acordo com Coutinho *et al.* (2017, p. 21-22) “o senso comum não prova nada mais do que a existência de um consenso, o qual, por seu turno, faz parte do dia a dia de todas as sociedades ou grupos sociais”. Dessa forma, o senso comum pode ser estudado e transformado em ciência na medida em que há comprovações sobre suas teorias ou uma teoria sobre o senso comum.

Em consonância, Moscovici (2012) destaca que apesar de o senso comum ser objeto de estudo da TRS, as representações sociais não são senso comum, mas, sim, conceitos elaborados socialmente que se tornam a noção coletiva de um determinado objeto, acontecimento e/ou pessoa.

Além de (re)configurar o significado de senso comum e (re)nomear a teoria como Teoria das Representações Sociais, Moscovici (2012) incorporou outros conceitos em sua tese que dão suporte à TRS, que hoje é vista como uma teoria da Psicologia Social por ter conceitos herdados da Psicologia e da Sociologia, originando uma natureza interdisciplinar, capaz de abarcar diferentes pesquisas. Esses diferentes conceitos são explanados na próxima subseção.

4.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONCEITOS E CONTEXTOS

Em muitas apresentações sobre a Teoria das Representações Sociais, inicia-se a pesquisa com o relato sobre a contribuição de Émile Durkheim com a Teoria das Representações Coletivas, citada anteriormente. Como um meio de aperfeiçoamento dessa teoria, Serge Moscovici apresentou recusa a algumas terminologias e conceitos, criando novos significados e originando outra teoria, a qual conhecemos como Teoria das Representações Sociais (TRS), sobre a qual explanamos.

A TRS foi apresentada pela primeira vez em 1961 na tese “*La psychanalyse, son image, son public*”²⁶, a qual é fruto da pesquisa de doutorado de Serge Moscovici. Neste trabalho, o autor buscou compreender as representações sociais de psicanalistas e da sociedade da época sobre a Psicanálise. Para elaborar a teoria que embasa seu trabalho Moscovici se apoiou em

²⁶ Em português: “A Psicanálise, sua imagem e seu público” utilizada por nós com a edição de 2012.

diversos autores e seus conceitos mais elementares, que também perpassam a TRS, tais como: sociedade, cultura, identidade, ancoragem, objetivação, núcleo central, sistema periférico, dentre outros. O fato de ter diferentes autores utilizados em uma mesma teoria também é alvo de críticas, pois são considerados por muitos como antagônicos e inadmissíveis em uma mesma pesquisa (CONSTANTINO *et al.*, 2007). No entanto, apesar de autores como Jean William Fritz Piaget²⁷ e Lev Vygotsky possuírem diferentes objetos de pesquisa, possuem ideias convergentes e conceitos que se complementam, como vemos na teoria de Moscovici (2012).

Para compreendermos a TRS é necessário nos apropriarmos de alguns conceitos. A começar pelo conceito de sociedade, *lócus* em que pessoas com os mesmos interesses convivem sob as mesmas leis e regras. Nascemos humanos devido à carga genética e todo o nosso composto orgânico e psíquico, no entanto, é de nossa natureza conviver com o outro, originando, assim, uma sociedade. Essa ação, por sua vez, nos torna humanizados, pois é na convivência com o outro que nossos conhecimentos são compartilhados, nos tornando seres sociais, políticos e reflexivos.

Como vimos no início dessa seção, a teoria de Moscovici (2012) faz parte dos conhecimentos da Psicologia Social. Ele considera que essa ciência deve responder as questões do que é psíquico, ou seja, imaterial, simbólico. Transcende, portanto, aspectos biológicos e materiais, organizando informações em símbolos representacionais. No entanto, a Psicologia Social também deve atender a existência real e material de pessoas, fatos e objetos. Diante do exposto, cabe a reflexão de que somos seres psíquicos, além de sociais.

Freud (1974) explicita que nossa psique é formada por três aparelhos, sendo o *id* a área de ação psíquica mais antiga, pois contém tudo o que é herdado, presente no nascimento do indivíduo, tal como os instintos. O ego, que comanda mentalmente movimentos voluntários, obtendo controle sobre os instintos relacionados aos acontecimentos internos (*id*). Por fim, o superego que é formado de valores morais adquiridos ao longo da vivência humana em sociedade.

O *id* não tem relação com o mundo externo, é guiado por impulsos inconscientes e tem como propósito a satisfação imediata das atividades inatas. O ego é influenciado pelo mundo externo e tem como propósito a satisfação dos desejos de forma mais favorável e menos perigosa, ou seja, é mais realista e consciente, que por sua vez dá origem ao superego, uma área interligada ao mundo exterior, com objetivo de inibir os impulsos que são divergentes das regras sociais (FREUD, 1974).

²⁷ Epistemólogo suíço (*1896-1980†).

Considerando esse contexto, a educação social que recebemos influencia no superego, ou seja, em nossas atitudes ou falta delas. Essas ações sociais podem ser diferentes entre uma sociedade e outra como aponta Moscovici (2012). Conceituamos, portanto, essas diferenças entre as microssociedades de cultura, que pode ser entendida como o conjunto de práticas, produções materiais, mentais e simbólicas de uma sociedade (ARRUDA, 2000).

Segundo Moscovici (2012), não existe apenas uma sociedade, mas, sim, várias microssociedades dentro de uma mais ampla. Em sociedade são criados valores e princípios, conceitos e visões, que são, também, compartilhados entre os grupos. Logo, toda a nossa educação, nosso comportamento, nosso conhecimento e nossos objetos são sociais. Para inserir essas considerações em sua teoria, Moscovici (2012) buscou em Freud (1974) os processos inconscientes que norteiam a produção dos saberes sociais.

A cultura pode ser estabelecida pela sociedade micro (como a família ou um grupo religioso) ou macro (por exemplo, um país) em que as regras e valores são comuns ao grupo e deles advêm os conhecimentos teóricos e práticos para a convivência e sobrevivência. Entre as microssociedades pode haver semelhanças culturais que unem os cidadãos e formam uma identidade, que difere de outros povos. Dessa forma, vemos que tanto o indivíduo ajuda na construção de uma cultura, quanto a cultura ajuda na construção da identidade do indivíduo, pois na medida em que se relaciona com os grupos sociais, as culturas vão somando as suas experiências, ajudando a construir a identidade pessoal, bem como a identidade coletiva (CORDEIRO *et al.*, 2017).

A cultura é formada pela união de ideias e de costumes comuns de um grupo. Essa partilha pode ter dois resultados: a) aumentar o número de pessoas que simpatizam com o grupo, suas ideias e passa a compartilhá-las ou; b) originam ou aumenta o número de pessoas que não concordam com esse grupo, criando novo(s) grupo(s) com conceitos, valores e costumes divergentes, que partilham entre si as diferenças. Dessa forma, criam-se as representações sobre um mesmo objeto em que um grupo vê de uma mesma forma e outro(s) grupo(s) vê(em) de maneira(s) diferente(s), construindo diversas representações sociais, partindo da premissa que a representação é elaborada socialmente.

Considerando o exposto, Jodelet (1984) afirma que as pesquisas sobre representações sociais devem investigar o sujeito e/ou o objeto considerando o contexto social. Os grupos devem ser analisados em seus aspectos psíquicos e sociais de acordo com a Psicologia Social, visto que apenas saber quais são as representações não é produtivo se não soubermos o que levou determinado grupo a ter aquelas significações.

Considerando que as representações sociais são a forma como os grupos pensam sobre determinado objeto, interpretam e o (re)significam, Moscovici (2015) explica que esse conhecimento é construído por meio da ancoragem, também chamado de sistema periférico, ou seja, uma função cognitiva que transforma o “estranho” em algo conhecido por meio de associações. Este conceito tem embasamento nas teorias de Piaget (1996) sobre a assimilação e a acomodação em que vemos o primeiro como associação das estruturas já existentes que podem permanecer tanto invariável como mais ou menos modificadas devido à própria associação. Já a acomodação acontece a partir da modificação dos esquemas de assimilação, essa deriva da interferência do meio em que está.

Segundo Moscovici (2012), a ancoragem possibilita que o sujeito se (re)equilibre em seus conceitos, considerando os seus conhecimentos práticos e teóricos, que emergem de sua história coletiva. Ela nos leva a um segundo processo, a objetivação, que possui uma operação de formação de imagem²⁸, ou seja, as noções abstratas são transformadas em algo concreto, sendo o núcleo central de uma representação (significado disseminado por quem a expressa).

O núcleo central está relacionado à memória coletiva, às histórias do grupo e por isso é considerada uma parte mais rígida das representações sociais, pois em nome de um grupo resiste a mudanças e não tolera contextos imediatos. Em contrapartida, o sistema periférico está ligado ao indivíduo, sendo mais flexível (FRANCO, 2004).

Esses conceitos são fundamentais na TRS, logo, entendemos que representações sociais são:

[...] entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas. [...] correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração, e, por outro lado, à prática que produz tal substância, como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica ou mítica (MOSCOVICI, 2012, p. 39).

Nesse sentido, as representações são visões de mundo que o sujeito e/ou seu grupo possui de um mesmo objeto, pessoa, acontecimento, entre outros. É essa concepção que as representações sociais proporcionam que vai nortear as ações do sujeito e/ou de seu grupo em sociedade. Dessa forma, identificar as representações sociais possibilita compreender como determinado grupo visualiza o objeto de pesquisa e se relaciona com o mesmo.

²⁸ Imagem, para Moscovici (2012), é entendida como algo abstrato (uma ideia, um conceito etc.), não necessariamente uma imagem.

No caso da presente tese, os entrevistados possuem um cotidiano que envolve realização de consultas, seleção de instrumentos de análise, trabalho de diagnóstico, opções de tratamentos, dentre outros afazeres que levam o profissional a mobilizar seus conhecimentos construídos durante sua formação, juntamente com conhecimentos adquiridos ao longo de sua carreira no saber-fazer, mobilizando e construindo novos conhecimentos nas relações com seus pacientes e colegas de trabalho, sobretudo da mesma área de atuação.

São esses conhecimentos do saber-fazer, que se consolidam no cotidiano por meio das relações e orientam os comportamentos, que a TRS investiga, a fim de constatar suas funções. Moscovici (2001, p. 41) denomina esse conhecimento norteador de comportamento de representações sociais que “[...] circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano”. Isso significa que são essas representações que regem nossas relações com o outro, com o ambiente, sendo uma reação a um estímulo externo.

Moscovici (2012) ainda ressalta que essas representações não são reproduções de comportamento, mas, sim, a transformação de conceitos e percepções em uma realidade própria. Apesar de as representações serem abstratas, elas fornecem materialidade, visto que a partir delas o sujeito e/ou seu grupo realizam as ações.

Em resumo, discernimos [representações sociais] sistemas que possuem uma lógica e linguagem particular, uma estrutura de implicações que influenciam tanto os valores quanto os conceitos. Um estilo de discurso que lhes é próprio. Não os consideramos como “opiniões sobre” ou como “imagens”, mas como “teorias”, como “ciências coletivas” *sui generis*, destinadas a interpretação e à formação do real. Elas vão além do que é imediatamente dado na ciência ou na filosofia, além da classificação dada dos fatos e acontecimentos (MOSCOVICI, 2012, p. 47).

Dessa forma, para haver representações sociais deve-se ter algum conhecimento sobre o objeto ou o acontecimento. Afinal, as representações sempre são de alguém sobre alguma coisa, logo, se não há conhecimento, por mais básico que seja, não há representação (MOSCOVICI, 2012). Esse conhecimento deve ser social, construído entre o grupo, para ser considerado representação social, visto que difere do conhecimento científico e também das opiniões que se configuram como individuais.

Para Jodelet (1984), as características principais das representações sociais são: a) sempre são representações de um objeto, podendo este ser palpável ou abstrato; b) refere-se à uma imagem (uma ideia) com propriedades de modificar o conceito e/ou a percepção de um

grupo; c) tem um caráter simbólico; d) tem um caráter construtivo e; e) tem um caráter autônomo e criativo. A autora ainda complementa:

[...] a representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objeto prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de saber é diferenciada, entres outras, do conhecimento científico (JODELET, 1989, p. 22).

Imaginemos, diante do exposto, que temos como objeto o medicamento. Este, abstrato. Para sabermos o que é medicamento perguntamos a nossos pais que dizem: “é um comprimido que serve para curar a dor”. A partir dessa definição não científica, criamos um simbolismo em torno do medicamento. À medida que nossas experiências comprovam que a cada dor que sentimos, tomamos um comprimido que a faz passar, construímos essa definição de forma mais concreta, autônoma e com grandes possibilidades de repassar essa representação, formando grupos que a compartilham.

Como a representação pode ser modificada, temos ainda a possibilidade de, diante da explicação “é um comprimido que serve para curar a dor”, termos experiências negativas, tais como, a intoxicação por abuso de medicamento, de forma que a nossa representação sobre o mesmo mude para “veneno”. Essa representação pode ser compartilhada por um grupo que presenciou essa experiência ou ouviu e internalizou a representação, formando um novo grupo que compartilha essa segunda representação.

Ainda sobre o medicamento, ao nos depararmos com uma criança muito pequena, podemos explicar que este “é um comprimido redondo, que serve para curar a dor”, embora saibamos que nem todos são assim. Diante disso, a criança utilizando-se da ancoragem pode assimilar em primeira instância o medicamento a algo redondo e comestível que ela conhece, por exemplo, uma bala. Dessa forma, ancorada em um objeto conhecido ela cria um novo, até que entre em contato com um comprimido e veja as semelhanças e diferenças entre ele e a bala, dando origem a uma nova objetivação. Assim compreendemos a afirmação de Moscovici (2012, p. 54), segundo o qual

[...] representar uma coisa, um estado, não é só desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando o outro, transformam a substância concreta comum, criando a impressão de “realismo” e de materialidade das abstrações, uma vez que podemos agir com elas, assim como de abstração das materialidades, pois exprimem uma ordem precisa.

As representações não devem ser vistas como gestos mecânicos de transmissão e incorporação de conteúdos e conceitos, mas, sim, como processos dinâmicos que surgem da interação entre os sujeitos e seus meios, de forma que possibilite compreender e reconstruir a realidade, bem como interagir e reagir a ela, seja de modo consciente ou inconsciente.

Para Jodelet (2015), as representações devem ser interpretadas a partir de um todo, ou seja, precisamos entender as representações sociais como significações sobre o real a partir do ambiente do sujeito, de suas emoções, de sua psique, de seus movimentos, de sua memória, de seus hábitos e demais conjunturas. As representações sociais devem ser vistas como “[...] um objeto prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 1989, p. 22). Consideramos, portanto, as representações uma forma de construção de conhecimento. A autora ainda ressalta que as representações sociais podem ser estudadas de duas formas:

Globalmente, quando nos apegamos às posições emitidas por sujeitos sociais (indivíduos ou grupos), a respeito de objetos socialmente valorizados ou conflitantes, elas serão tratadas como *campos estruturados*, isto é, conteúdos cujas dimensões (informação, valores, crenças, opiniões, imagens etc.) são coordenadas por um princípio organizador. De modo focalizado, quando nos apegamos a elas, a título de modalidade de conhecimento, elas serão tratadas como *núcleos estruturantes*, isto é, estruturas de saber organizando o conjunto das significações relativas ao objeto conhecido (JODELET, 2015, p. 47 – grifos da autora).

Em nosso caso as representações sociais dos profissionais entrevistados são estudadas de modo focalizado, visto que ao investigar suas representações sobre o objeto, TDAH e medicalização, devemos considerar que há um conhecimento científico que embasa suas atuações, no entanto, como a TRS trabalha com o senso comum, precisamos identificar quais são os núcleos estruturantes que organizam as significações dos entrevistados sobre o objeto. Para tanto, é preciso saber como as representações sociais se formam, ou seja, em que se ancoram. Para Moscovici (2012, p. 60),

[...] a representação transmite a qualquer figura um sentido e a qualquer sentido uma figura. O inconsciente é, no entendimento da maioria de nós, um signo da psicanálise encarregado entre outras coisas de valores – escondido, involuntário etc. – e visualizados no cérebro como uma camada mais profunda e envolvente; a libido mais concretamente está associada ao ato sexual, à sexualidade, mas ao mesmo tempo nós a envolvemos numa série de conotações religiosas, políticas que a fixam numa posição mais ou menos elevada na hierarquia dos fatores explicativos das características das ações de um homem ou de uma mulher etc.

Diante do exposto compreendemos que as representações estão envoltas de aspectos inconscientes, ou seja, valores morais, religiosos, dentre outros que nos são impostos desde a tenra idade e que nos acompanham ao longo da vida, definindo nossa identidade e nos guiando no discernimento sobre o certo e o errado.

Quando o autor nos afirma que as representações transmitem “[...] a qualquer figura um sentido e a qualquer sentido uma figura” (MOSCOVICI, 2012, p. 60) apresenta uma fórmula, vejamos:

$$\text{Representação} = \frac{\text{Figura}}{\text{Significação}}$$

Logo, representação é igual à figura (ancoragem) dividida por sua significação (objetivação). A figura é criada pela ancoragem, processo pelo qual tornamos o desconhecido em algo similar, comparando-o com algo que já conhecemos. Jodelet (2015, p. 48) a explica como “um enraizamento no sistema de pensamento, atribuição de sentido, instrumentalização do saber [...]”, servindo de guia de compreensão para uma ação, ou seja, a significação, servindo de pré-constructo para elaboração de novas representações sociais.

Por sua vez, a significação é estabelecida pela objetivação, que consiste na união entre familiaridade e realidade, produzindo um conceito em uma imagem e vice-versa. É o conhecimento concreto da figura. Segundo Coutinho *et al.* (2017, p. 29),

[...] diversos autores [como] Jodelet (2005), Jovchelovitch (2011), Alves-Mazzotti (1994), Moscovici (2012, 2015) e Sá (1993) afirmam que o processo de objetivação se decompõe em três fases, a saber: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização. As três juntas formam um conjunto cognitivo que seleciona as informações do mundo exterior e as retém, e essas informações são ligadas por relações, que fazem delas uma estrutura que organiza o campo de representação e recebe um *status* de realidade objetiva.

Dessa forma, ancoragem e objetivação, juntas, formam e fazem a manutenção das representações sociais. Mais do que criar imagens a representação carrega um sentido simbólico que é compartilhado pelos sujeitos, construindo e transformando os conhecimentos sociais, podendo ou não ser científico (REIS; BELLINI, 2011).

Esse embate entre ciência e senso comum que perdura há décadas em métodos positivistas, por exemplo, foi superado na teoria moscoviciana, como relata Banchs (2014):

Ao fundamentar essa teoria, Moscovici (1961) o faz se opondo explicitamente à hegemonia behaviorista, ao dogmatismo do paradigma científico dominante, assim como ao seu individualismo, ao seu ahistoricismo, à sua visão dicotômica entre sujeito/objeto, ao estímulo/resposta, ao seu atomismo fragmentador da realidade social em micropartículas etc. Ou seja, já em 1961, Moscovici propõe uma teoria crítica, expressa na linguagem metafórica de uso proibido pela ciência rigorosa, uma teoria ou conjunto de ideias e conceitos que não poderiam, de forma alguma, ser localizados dentro do paradigma positivista, até então, dominante (BANCHS, 2014, p. 309).

A TRS permite, segundo Santos (1988, p. 137), analisar condições sociais, políticas e culturais que permeiam as produções de conhecimento, sobretudo as relações de poder existentes dentro e fora das comunidades científicas, possibilitando a compreensão sobre “[...] os mecanismos por meio dos quais se cria ‘consenso científico’ e se orienta o desenvolvimento da ciência matriz para favorecer (sistematicamente) certas áreas de investigação, em detrimento de outras”. Sabemos que as relações sociais e científicas estão enraizadas no poder (de quem o detém) e dita o que é bom e ruim para todos nós, assim como vimos nas relações de biopoder que manipulam as pesquisas, as publicações, as propagandas e tudo que envolve a saúde, encaminhando-nos para a cultura da medicalização com um fim, a homogeneização para controle social.

Sobre essa imposição vertical, Banchs (2014) ressalta ser inadmissível que nós, diante da constatação de um poder opressor, tenhamos uma postura diferente de um pesquisador que aponte essas relações e reflita sobre as mesmas, a fim de encontrar um caminho que não nos coloque em posição de oprimidos e passivos. Nas palavras da autora,

[...] seria absurdo que nós, que trabalhamos a partir desta perspectiva teórica, assumíssemos a posição de oprimidos. Pelo contrário, não podemos deixar de nos perguntar: o que se tem feito a partir de uma posição de poder e o que se deixou de fazer? Quais as consequências do que foi dito e do que se deixou de dizer, já que os silêncios também constroem realidades? Durante o período de crise paradigmática, houve em diversas comunidades acadêmicas (Espanha, Inglaterra, Venezuela) uma forte polarização a favor do socioconstrucionismo como porta-bandeira da pós-modernidade, contra as representações sociais e uma luta pelo poder. Mas, além disso, creio que para nós o mais importante é interrogar sobre o uso ou o abuso do poder que a comunidade científica europeia conferiu aos estudiosos das representações sociais, quando se apropriou da teoria por considerar que com ela se poderia preencher de conteúdos o vácuo social da psicologia social *mainstream* (BANCHS, 2014, p. 313).

Com essa compreensão da significância histórica da TRS não podemos ignorar as suas contribuições para o conhecimento científico sobre o conhecimento social. Por isso, essa teoria foi escolhida para nortear as ações de pesquisa em campo da presente tese, ou seja, por

proporcionar que as relações, o conhecimento e a memória social sejam investigadas, bem como a cultura, a formação da identidade social, as questões políticas, dentre outros aspectos que tangem as representações sociais.

A frente das discussões da década de 1960 sobre as representações sociais esteve Serge Moscovici, que a princípio abordou essas representações do público de sua época sobre a Psicanálise. Com um pensamento dinâmico, o autor já sabia que as representações identificadas naquele grupo poderiam não ser as mesmas nos dias de hoje, visto que representar é um ato dinâmico, pois os objetos estão em uma sociedade dinâmica. Essa visão atemporal se tornou um diferencial na TRS que considera as questões dialéticas dos discursos e permite colher diferentes resultados de um mesmo grupo em diferentes tempos; diferentes resultados de um mesmo grupo no mesmo tempo; o mesmo resultado em diferentes grupos de um mesmo tempo; o mesmo resultado em diferentes grupos em tempos diferentes, entre outros.

As contribuições de Serge Moscovici ficaram registradas e “adormecidas” durante alguns anos, mas continuaram a ser suscitadas por seus colegas de trabalho até o presente momento, em que há um tímido retorno da utilização da teoria pela escola francesa e se espalhou pelo mundo, sobretudo na América Latina. Por essa retomada histórica da TRS faz-se necessário conhecer a origem das representações sociais a partir da vida de Serge Moscovici, bem como sua imagem (quem foi esse autor) e seu público (quem são seus seguidores e suas respectivas contribuições), como veremos na próxima subseção.

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, SUA IMAGEM E SEU PÚBLICO: MOSCOVICI

Como já vimos anteriormente, a Teoria das Representações Sociais foi vista pela primeira vez em 1961 na tese de Serge Moscovici. Para tornar essa teoria mais familiar, apresentaremos brevemente a biografia desse autor que a lançou e apontaremos as partes principais de sua tese. Posteriormente, evidenciaremos o caminho percorrido pela TRS, a escola francesa e sua chegada ao Brasil.

Iniciando pela vida de Serge Moscovici, há poucas publicações no Brasil, sobre sua biografia. Em 1925 nasceu na Romênia o filho de um casal de judeus, cujo pai e avô eram comerciantes de grãos. Sua mãe o abandonou após o divórcio conturbado, o que lhe resultou em uma infância difícil, como o próprio Moscovici define, visto que a cada momento estava em uma casa diferente. Na escola, foi expulso do Ensino Médio por leis antisemitas, em 1938 (CLARINI, 2014).

Durante a Segunda Guerra Mundial Serge Moscovici juntou-se ao partido Comunista Romeno e foi colocado em um campo de trabalho, liberado apenas em 1944 pelo exército russo soviético. Então trabalhou em uma fábrica como montador qualificado, posteriormente se envolveu em um movimento de assistência aos sobreviventes da guerra, onde descobriu sobre o extermínio dos judeus e mudou-se para Paris, em 1948 (CLARINI, 2014).

Vivendo em novo local, Serge Moscovici dividiu sua vida entre trabalho e estudos. A princípio, sozinho, estudou obras de René Descartes, Baruch Spinoza, Albert Camus, dentre outros. Também cursou Psicologia na Universidade de Paris, segundo Montiel (2015), onde ganhou uma bolsa para refugiados, o que permitiu seguir as pesquisas de seu mestre Alexandre Koyré (*1892-1964†).

Em 1961 defendeu a tese “Psicanálise, sua imagem e seu público” com a orientação de Daniel Lagache (*1903-1972†). De acordo com Montiel (2015, p. 230-231), essa tese

[...] formula a noção de “representação social”, que difere do conceito de “representação coletiva” elaborado pelo sociólogo Émile Durkeim. Esta nova teoria dentro da psicologia social vai conseguir o seu maior desenvolvimento importante no final dos anos oitenta e ao longo da década dos anos noventa do século passado, graças à sua ampla divulgação e recepção em muitos países do mundo, especialmente europeus e latino-americanos²⁹.

Em 1965 Serge Moscovici tornou-se diretor de estudos da *École des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (EHESS) em Paris, posteriormente, professor na *New School for Social Pesquisas* em Nova York (CLARINI, 2014). Foi nesse período, ministrando aulas na EHESS, que Moscovici conheceu Denise Jodelet, que foi sua principal colaboradora na organização da TRS. Depois, em 1972, ele se engajou em estudos e projetos ambientalistas; em 1976 realizou publicações no campo da Psicologia Social, disciplina pouco reconhecida e valorizada na França e que teve atenção e empenho do referido autor para ser notada por meio do livro “Psicologia das minorias ativas”, publicada em 1979, que também possui relatos de suas experiências em militâncias.

De forma geral, Serge Moscovici não publicou muitos livros e artigos sobre a TRS, mas sua tese e seus conhecimentos compartilhados com seus seguidores foram suficientes para deixar marcas históricas no campo da Psicologia Social. Em 1992 aconteceu a conferência de

²⁹ “[...] formula la noción de ‘representación social’, que se distingue del concepto de ‘representación colectiva’ elaborado por el sociólogo Émile Durkeim. Esta nueva teoría dentro de la psicología social va a lograr su desarrollo más importante a finales de los años ochenta y durante toda la década de los noventa del siglo pasado, gracias a su amplia difusión y recepción en muchos países del mundo, especialmente europeos y latino-americanos” (MONTIEL, 2015, p. 230-231).

estudos em representações sociais, na Itália, intitulada “Conferência Internacional de Representações Sociais” que desde então ocorreu 12 vezes em diferentes países até 2014, sendo que cinco foram no continente americano: Brasil (1994 e 2014); México (1998 e 2004) e Canadá (2000). Em todos esses encontros Moscovici prestigiou o evento (MONTIEL, 2015).

Finalizando a biografia de Serge Moscovici, Clarini (2014) relata seu falecimento em 16 de novembro de 2014, em Paris, aos 89 anos de idade. Não encontramos aqui no Brasil, e nem em *sites* e jornais franceses que anunciaram sua morte e a causa da fatalidade. Em todos os locais pesquisados vemos uma breve homenagem pelas suas contribuições científicas, sobretudo pela TRS.

Notamos que a Teoria das Representações Sociais ganhou forma e fama por meio da tese de Serge Moscovici, que em diferentes momentos citou que sem a sua vivência, incluindo as dificuldades na infância, o enfrentamento de questões políticas ligadas à Grande Guerra da década de 1930 e o nazi-fascismo, sua história particular seria totalmente diferente, o que resultaria em outros interesses e outras pesquisas, talvez. Por isso, afirmava ser o que pesquisava devido às suas vivências. Compreendemos a relevância que a cultura e a sociedade com toda sua memória, sua dinâmica, possuem sobre a formação de uma identidade individual, que acaba influenciando de volta nestes mesmos aspectos da sociedade.

Por essa conjuntura é que precisamos conhecer a história de Serge Moscovici, a fim de verificar o caminho percorrido para chegar à TRS, bem salientada em sua tese. Tivemos acesso à uma publicação de livro, a primeira edição de 2012 da editora Vozes, traduzida por Sonia Fuhrmann. Dividida em duas partes essenciais, apresenta conteúdos relevantes sobre suas pesquisas em torno das representações sociais sobre a Psicanálise por parte de diferentes grupos sociais.

Essas representações a que se refere Moscovici (2012) são conceitos elaborados de forma conjunta, no cotidiano, ainda que seja inconsciente, sendo a definição de um objeto (concreto ou abstrato), envolvendo a psique humana sem dissociar do seu meio social. Essa complexidade que envolve a representação, que transcende a definição de um objeto, sendo, também, uma forma de comunicação, foi um dos motivos que despertaram interesse de alguns pesquisadores que tiveram contato com Serge Moscovici e/ou suas obras para investigar como esse conhecimento é elaborado e representado. Denise Jodelet é um exemplo, ela foi sua principal colaboradora na formatação da TRS. Eles se conheceram na década de 1960, quando Moscovici fundou o Laboratório de Psicologia Social que passou a pertencer à *École des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (EHESS), em Paris (CAMARGO, 2015).

Jodelet (1989, p. 22) ajudou a estruturar a TRS e contribuiu com algumas definições. Segundo a autora, “as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Suas definições são tão importantes quanto às de Moscovici (2012).

Além das contribuições teóricas que Denise Jodelet para a TRS, sua ajuda à Moscovici também ocorreu por meio da continuidade dos trabalhos pedagógicos, por assim dizer, como a coordenação do *Reseau Mondial Serge Moscovici* (REMOSCO), que tem a finalidade de ampliar e desenvolver as pesquisas de Moscovici por meio de centros de pesquisas em todo o mundo (CAMARGO, 2015).

Outros autores também tiveram contato com as obras de Serge Moscovici e ampliaram os conhecimentos de sua teoria, assim como fez Ivana Marková, que manteve diálogos com Moscovici a fim de compreender sua tese, sobretudo no que tange à segunda parte de sua pesquisa. Dessa forma, juntos escreveram alguns artigos e até sozinha Marková (2016) dissertou sobre a dialogicidade nas representações sociais, uma de suas contribuições para a teoria. Segundo Marková (2016, p. 18), a dialogicidade é “a característica ontológica da mente humana de conceber, criar e comunicar realidades sociais através do mútuo engajamento do Ego e do Alter, no pensamento e na comunicação”, ou seja, a linguagem permite ao sujeito a (re)construção simbólica da realidade.

De acordo com Marková (2016), ao estudarmos o senso comum estamos analisando um gênero³⁰ de conhecimento. Para a autora, Moscovici se referia a três gêneros: a) gênero ciência; b) gênero ideologia e; c) gênero senso comum. Dessa forma, podemos considerá-lo um elo entre a sociedade, o indivíduo e sua cultura.

Jovchelovitch (2011) também escreveu o conhecimento, de forma a contribuir para com a TRS. Segundo Duran (2012, p. 239), “a autora teve como perspectiva construir uma abordagem psicossocial sobre os saberes. E o fez, defendendo, em seu caminhar histórico, com suas intuições e análises de processo, conexão entre os mundos pessoais, interpessoais e socioculturais em que eles são produzidos”. Dessa forma, Jovchelovitch (2011) analisou as representações partindo da concepção dialógica que emerge da relação eu-outro-objeto.

A representação, eu busco demonstrar, está na base de todos os sistemas de saber e compreender sua gênese, desenvolvimento e modo de concretização na vida social, nos fornece a chave para entender a relação que amarra o conhecimento à pessoa, a comunidade e mundos de vida. É por meio da

³⁰ Marková (2016) utiliza a palavra gênero para significar a forma de comunicação.

representação que podemos compreender tanto a diversidade como a expressividade de todos os sistemas de conhecimento (JOVCHELOVITCH, 2011, p. 21).

Notamos, por meio das contribuições de Marková (2016) e de Jovchelovitch (2011), que as representações se formam por meio da linguagem e do pensamento, que, por sua vez, só surgem nas relações sociais e com o objeto. É essa relação, portanto, que proporcionará o conhecimento.

Um outro autor que também contribuiu para o avanço da TRS foi Jean-Claude Abric. Para o autor, a representação social se organiza de forma particular, pois ela é hierarquizada e organizada em torno de um Núcleo Central (NC) construído por um ou alguns elementos que dão significado a representação (ABRIC, 2001).

A ideia de um núcleo central nas representações sociais surgiu desse autor e indica a memória coletiva, ou seja, a base que origina a representação social. Por isso é considerado o núcleo rígido, que resiste a mudanças, demonstrando a homogeneidade de um grupo social. Ao redor do NC se organizam os elementos periféricos que se caracterizam pela avaliação e pelo valor moral do sujeito, sendo mais flexíveis que o NC e heterogêneo (ABRIC, 1998).

Para ilustrar as características de cada sistema, Alves-Mazzotti (2002) expõem em um quadro comparativo (vide quadro 3) a relação entre a organização da representação e seus processos de transformação:

Quadro 3 - Características do núcleo central e do sistema periférico

Núcleo central	Sistema periférico
ligado à memória coletiva e à história do grupo	permite a integração das experiências e histórias individuais
consensual: define a homogeneidade do grupo	suporta a heterogeneidade do grupo
estável, coerente e rígido	flexível, suporta as contradições
resistente à mudança	se transforma
pouco sensível ao contexto imediato	sensível ao contexto imediato
gera a significação da representação e determina sua significação	permite adaptação à realidade concreta e a diferenciação do conteúdo; protege o sistema central

Fonte: Alves-Mazzotti (2002, p. 23).

Compreendemos que essa diferença antagônica dos elementos que compõem as representações sociais ajuda a estruturá-las. O NC ajuda a identificar como se organizam os significados e como as suas representações conduzem o sujeito à compreensão do objeto.

A TRS recebeu a contribuição de diferentes autores que contribuíram para a compreensão da natureza do ser humano. Os estudos acerca dessa teoria já possuem diferentes

linhas em todo o mundo, assim como afirma Jodelet (2011), que ressalta, que no caso do Brasil, em virtude das crescentes publicações sobre representações sociais é uma possível “Escola brasileira”.

Antes de abordarmos essa visão de Jodelet (2011) sobre a escola brasileira, precisamos entender as escolas já instauradas e que são referências em todos os estudos à luz da TRS. De modo geral, as escolas mais conhecidas são as europeias, de início temos a Escola estruturalista de *Aix en Provence*, na França, onde os pesquisadores trabalham sob a liderança de Claude Flament, Jean-Claude Abric, Pierre Vergès, dentre outros (GONÇALVES, 2011). Como vimos nos parágrafos acima, Abric (1998) trouxe grandes contribuições para a teoria por meio dos estudos sobre o NC, mas foi Flament (1987) quem mais se dedicou ao Sistema Periférico (SP).

Segundo Flament (1987), o SP protege o objeto que o antecede, ou seja, a representação. Esse sistema é a defesa do NC. Ironicamente, a parte mais rígida da representação é resguardada pela parte mais frágil. Isso acontece porque o NC se ancora em um sistema de valor coletivo, enquanto o SP origina de experiências individuais, logo, o todo é mais forte que as partes. Dessa forma, o diferencial dessa linha estruturalista da escola francesa sobre Representações Sociais se configura pela apresentação do núcleo central e seus elementos periféricos sobre o objeto.

A segunda escola das Representações Sociais de renome na Europa é a sociogenética de Genebra liderada por Willen Doise que

[...] estuda a gênese sociocognitiva das RS, utilizando um modelo proposto pelo próprio líder para análise dos processos psicossociais, que podem ser divididos em quatro níveis. De acordo com Doise (2002), o grupo de Genebra pesquisa sobre a influência social nos diferentes comportamentos humanos. Logo, as explicações para essas ações possuem ordem individual com explicações de ordem societal. O autor salienta que há quatro níveis de análises: a) intraindividual; b) interindividuais e situacionais; c) social; e d) ideológico (CORDEIRO *et al.*, 2017, p. 48).

Seguindo a ordem, o nível intraindividual refere-se ao modo como o sujeito organiza suas experiências com o meio. O segundo nível envolve os aspectos interindividuais e situacionais, e indica que os indivíduos são intercambiáveis e são seus sistemas de interação que subsidiam os princípios explicativos típicos da dinâmica desse nível. O terceiro nível, social, considera as relações sociais em diferentes segmentos onde o indivíduo pode ser dominante ou dominado. Por fim, o quarto nível, ideológico, está ligado às crenças, avaliações e outros aspectos que dão significado aos comportamentos individuais, bem como dão suporte às diferenciações sociais em nome de princípios gerais. Esses quatro níveis facilitam a

realização da análise e é uma proposta legítima da escola Lemana, reconhecida, conforme Jodelet (2011), por elaborar uma metodologia que permeia as pesquisas em Psicologia Social.

Essas duas escolas mencionadas até aqui já estão consolidadas e são reconhecidas por quem estuda a TRS. Outras escolas estão e continuarão a surgir pelo mundo, como é o caso da Escola anglo-saxã ou *London School of Economics*, com contribuições de Gerard Duveen, Ivana Marková, Sandra Jovchelovitch, dentre outros que seguem uma corrente de análise do discurso, da narrativa em um quadro contextual, entre outros aspectos. Em Paris também há uma reivindicação de doutorandos para o reconhecimento de uma escola do *École des Hautes Études em Sciences Sociales* (EHESS), cujos acadêmicos e professores afirmam ter uma perspectiva simbólica e antropológica com métodos qualitativos (CORDEIRO *et al.*, 2017).

Jodelet (2011) tem acompanhado as pesquisas em Representação Social, sobretudo aqui no Brasil, onde verificamos diferenças e convergências com as principais escolas europeias (estruturalista *Aix en Provence* e sociogenética de Genebra). No que tange às divergências, as finalidades e objetivos das pesquisas podem ser um exemplo nítido, as metodologias utilizadas para coleta e análise de dados também se distinguem das utilizadas nas escolas já mencionadas. As semelhanças estão na utilização clássica das obras de Serge Moscovici.

Para compreendermos esse possível surgimento da escola brasileira, precisamos contextualizar a chegada da TRS aqui no país. A pesquisa de Moscovici (2012) que lançou a teoria para o mundo foi publicada em 1961 em forma de tese e levou um considerável tempo para ser reconhecida pelo mundo na publicação de livro. Aqui no país isso aconteceu mais tardiamente, pois na década de 1960 passávamos pela ditadura militar. Isso fez com que a pesquisa de Moscovici (2012) chegasse “atrasada” no Brasil, em vista dos demais países, pois ainda precisava ser traduzida do francês para o nosso português. Em 1976 o Brasil teve acesso à primeira parte de sua tese, pois o restante não fora traduzido para a língua portuguesa.

Enquanto isso, o Brasil passou por uma análise de diferentes autores e artistas para identificação do perfil de brasileiros e da nação como um todo. Desde Joaquim Nabuco (*1849-1910†) que questionava sobre o modelo de nação que deveria emergir após a escravidão, passando pelas obras de Candido Portinari (*1903-1962†) que retratava o corpo mulato; as pesquisas e críticas de Mario de Andrade (*1893-1945†) sobre a diversidade e cultura de nosso povo; que mais tarde foram minimizadas pelas teorias de intelectuais como Celso Furtado (*1920-2004†) e Maria da Conceição Tavares (*1930) que indicavam a identidade dos brasileiros ligada a um país soberano; até chegarmos a Marilena Chauí (*1941) e tantos outros intelectuais que se preocuparam em identificar os modos de vida dos brasileiros e suas causas a partir das estruturas sociais e culturais do Brasil (CASTRO, 2014).

Vemos que durante todas as repúblicas brasileiras tivemos intelectuais da arte, da literatura, da política e de outros segmentos preocupados com a identidade, a cultura e a estrutura social dos brasileiros. Essa investigação sobre os aspectos sociais incomodava o governo, sobretudo no período da Ditadura, pois as discussões sempre se encaminhavam para as questões de autoritarismo do Estado e do governo (CASTRO, 2014). Dessa forma, seria pertinente que a TRS não fosse conhecida aqui no país durante esse período, para evitar incômodos maiores ao governo ditatorial.

Após esse período, o Brasil publicou a primeira parte da tese de Serge Moscovici em 1976, em português. Apenas cerca de 40 anos depois é que conseguimos ter acesso à obra completa, mas já nos primeiros anos de democracia em nosso país começaram a ser produzidos estudos sobre as representações sociais, o que contribuiu a divulgação da TRS. Seguindo os objetivos de pesquisas e discussões realizadas pelos intelectuais mencionados nos parágrafos anteriores, ainda se busca a compreensão de como se associa a estrutura dos brasileiros (sua cultura, sua identidade, sua classe social, entre outros) e o Estado com suas formas de governo.

De fato, a teoria tem servido no Brasil à identificação, descrição e comparação de: representações regionais sobre objetos, que demonstram, como fez Mario de Andrade, a pluralidade e a multiplicidade da experiência cultural brasileira; representações que organizam modos de vida por classe social, faixa etária, gênero e cor, que ensejam a análise das estruturas sociais brasileiras e das interfaces com as ideologias, dialogando assim com Sergio Buarque de Holanda, Marilena Chauí, Gilberto Freyre e tantos outros; representações sociais do brasileiro sobre si mesmo, ligando-nos ao debate do conceito de nação que permeou todos os períodos democráticos brasileiros e foi inaugurado por Silvio Romero, Nina Rodrigues, Joaquim Nabuco, dentre outros; representações que se relacionam com a organização do Estado, as desigualdades sociais e as perspectivas de construção do Brasil, como pensadas por intelectuais da estirpe de Celso Furtado (CASTRO, 2014, p. 16).³¹

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais no Brasil assumiu como seu objeto geral de estudo o Brasil e os brasileiros. Dessa forma, os pesquisadores desta vertente da Psicologia Social visam principalmente decifrar o enigma da nação plural e complexa que somos.

Talvez esses elementos e os objetivos das pesquisas sobre Representação Social no Brasil, sejam indicativos de uma possível escola em nosso país. Jodelet (2011) afirma que a Escola Brasileira da Teoria das Representações Sociais, se assim fosse consolidada, teria o que

³¹ Prefácio Almeida, Santos e Trindade (2014) páginas 16 e 17.

as demais escolas têm em comum e como pilar de suas pesquisas, as obras de Serge Moscovici. Se hoje a autora fosse definir a “escola brasileira” diria que a mesma “[...] remete ao caráter comum apresentado por obras que pertencem aos domínios da arte, da literatura ou da ciência. Designam-se assim grupos de criadores que se afiliam a uma mesma corrente de estilo ou uma liderança de forma [...]”, caracterizada, portanto, pela identificação de problemas de nossa sociedade e por promover discussões e outros subsídios para os enfrentarmos (JODELET, 2011, p. 20).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

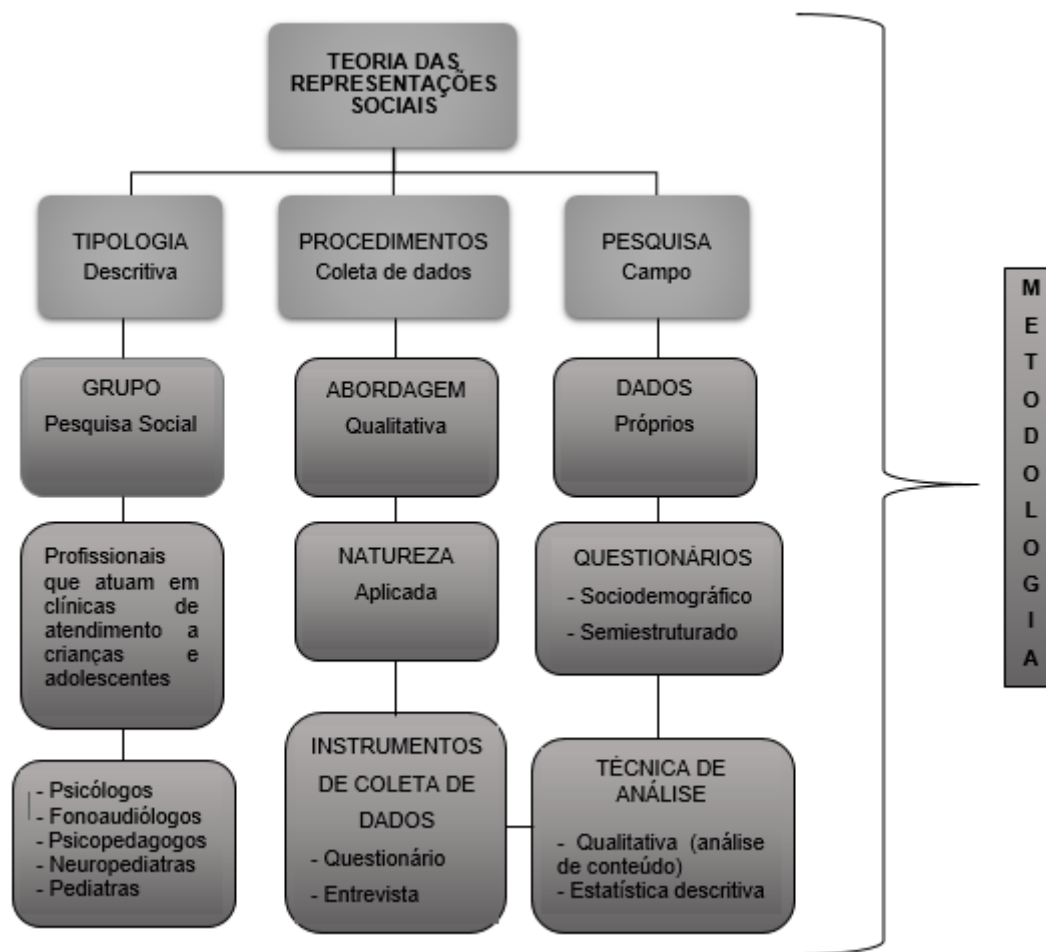
A Teoria das Representações Sociais permite que o pesquisador identifique as representações de um determinado grupo sobre seu objeto de pesquisa. Essa representação é criada socialmente, entre um grupo de pessoas que possui a mesma realidade e assim origina a representação de forma compartilhada, social. Em nosso caso, o grupo investigado foi de profissionais que atuam em clínicas de atendimento a crianças e adolescentes com (características de) TDAH, sendo este transtorno nosso objeto de pesquisa juntamente com a medicação.

Na subseção 2.3 constatamos os estudos já realizados sobre os mesmos objetos de pesquisa no campo da Educação evidenciam a patologização das dificuldades escolares pelos próprios educadores, o que reflete em malefícios para os alunos, tanto em aspecto cognitivo, quanto em aspectos emocionais, sociais, dentre outros. Essa patologização por parte dos professores tem origem nos discursos médicos que se propaga pelas mídias e outros meios, acarretando na interiorização dos mesmos, construindo representações sociais acerca do TDAH como uma patologia, culpando a criança pelo seu não aprender. Isso leva ao encaminhamento já estereotipado, que resulta em um laudo inconclusivo, equivocado ou falso, a fim de justificar um tratamento medicamentoso, dando origem à medicalização de um problema social já na infância.

Esses fatos já foram comprovados pelos estudos analisados na seção 2.3. O que nos falta saber é como esse processo ocorre nos consultórios, ou seja, precisamos compreender de que forma os laudos são efetivados, como é feita a escolha do tratamento, quais são as significações de TDAH e de medicação que os profissionais responsáveis possuem e quais são seus discursos, a fim de descobrir suas implicações do diagnóstico e no tratamento de crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. Dessa forma, buscamos responder a seguinte questão: As representações sociais de pediatras, neuropediatras, psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos sobre TDAH e medicação influenciam no diagnóstico, no tratamento e na perpetuação da cultura da medicalização?

Esta seção apresenta de forma detalhada o caminho percorrido para coleta de dados que ajudam a responder essa questão e a forma como os dados obtidos foram tratados e analisados. Marconi e Lakatos (2003) afirmam que a metodologia responde, ao mesmo tempo, as questões de “como?”, “com quê?”, “onde?” e “quanto?”. É o caminho pelo qual o pesquisador percorre para encontrar as respostas que busca. Tendo como base a TRS nossa metodologia pode ser ilustrada da seguinte forma:

Figura 13 - Metodologia da presente pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao refletir sobre o problema norteador da pesquisa, que busca as representações sociais de um grupo que atende, faz diagnósticos e tratamentos de pessoas com TDAH, logo pensamos na Teoria das Representações Sociais como o aporte teórico para investigar a relação médico-paciente que é influenciada pela compreensão que o primeiro possui sobre o segundo, bem como o transtorno, as formas de tratamentos e tudo que perpassa essa relação.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, fizemos contato telefônico com pediatras, neuropediatras, psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos da cidade em que o estudo foi realizado e que atuavam em clínicas atendendo crianças e/ou adolescentes, a fim de que a pesquisadora se apresentasse, esclarecesse o objetivo da pesquisa, bem como realizasse o convite para participar de uma entrevista relativamente breve para estudos de uma tese sobre TDAH.

Na sequência dos aceites, foram agendados os dias e horários para coleta de assinaturas da Carta de Anuência (Apêndice A), que foram enviadas juntamente com as demais documentações necessárias (Projeto de Pesquisa; Termos de Consentimento Livre e

Esclarecido – TCLE – Apêndice B; Questionário Sociodemográfico – Apêndice C e Roteiro de Entrevista Semiestruturada – Apêndice D) para aprovação no Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá.

A pesquisa atendeu às diretrizes da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Copep pelo parecer consubstanciado nº 1.996.882, CAAE: 66076817.6.0000.0104. Após essa aprovação, em 2017, deram-se início as primeiras entrevistas, que foram agendadas conforme a disponibilidade de cada entrevistado. As entrevistas foram realizadas em diferentes espaços: clínicas particulares, postos de saúde públicos e em uma Organização Não Governamental (ONG) de atendimento à saúde. Dessa forma, nossa pesquisa se configura como original, visto que ainda não há teses sobre as representações sociais desses profissionais sobre TDAH e medicação, sobretudo à luz da TRS.

No que tange à tipologia da pesquisa, trata-se de como é conduzido os objetivos, geral e específico, do pesquisador, a fim de obter os resultados (MARCONI; LAKATOS, 2003). No caso da presente pesquisa, temos como objetivo geral identificar e analisar as representações sociais de TDAH e de medicação para diferentes profissionais que atendem crianças e adolescentes com suspeita desse transtorno, a fim de compreender as influências que essas significações causam no processo de diagnóstico e de tratamento desses sujeitos e se há relação com o biopoder presente em nossa sociedade de forma que multiplique a cultura da medicalização por meio da manipulação dos corpos. Os objetivos específicos consistem em: a) conhecer por meio de estudos bibliográficos a forma como o TDAH se constituiu na sociedade ao longo dos anos por meio da ciência, a fim de esclarecer o aumento de seu diagnóstico na atualidade; b) identificar as relações de biopoder na sociedade contemporânea, para que possamos refletir sobre a cultura da medicalização; c) compreender as implicações das representações sociais sobre TDAH e medicamento no campo da Educação e da Saúde, a fim de identificarmos as ações inerentes a patologização das dificuldades escolares e refletirmos sobre as possíveis soluções.

Portanto, nossa pesquisa é do tipo descritiva, pois descrevemos o perfil profissional, os campos de pesquisa, bem como os resultados adquiridos pelas entrevistas que, além de descritos, passaram por análises. Segundo Triviños (1987), os estudos descritivos visam descrever com exatidão os fatos e fenômenos da realidade, a fim de compreender as características de determinado grupo, seus valores e possíveis problemas relacionados à cultura. O grupo dessa pesquisa é social, como já mencionado em parágrafos anteriores, e é formado de 24 profissionais: pediatra (01); neuropediatras (02); psicopedagogas (04); fonoaudiólogas (07) e; psicólogos (10).

No que se refere à forma como foi constituída a amostra, podemos caracterizá-la como sendo por conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados e prontamente disponíveis. De todas as técnicas de amostragem, por conveniência é a que menos consome tempo do pesquisador e a menos dispendiosa (MALHOTRA, 2010).

O procedimento adotado para nossa pesquisa foi a coleta de dados, cuja abordagem é qualitativa, e de natureza aplicada, caracterizada por captar a aparência do fenômeno investigado, sua essência, sua origem, as mudanças e as consequências dessas ações, por meio dos instrumentos de coleta de dados, que em nosso caso são: a) questionário sociodemográfico e; b) entrevista semiestruturada com perguntas sobre o TDAH e suas formas de tratamento, sobretudo a medicamentosa (TRIVIÑOS, 1987).

Como a pesquisa ocorreu por meio de entrevistas em diferentes espaços, ela se caracteriza como sendo de campo, ou seja, um estudo que além de ser bibliográfico também realiza coleta de dados junto a pessoas com algum recurso, no caso da presente tese, a entrevista semiestruturada. Esse modelo de entrevista exige que o entrevistador tenha uma lista de perguntas pré-elaboradas e siga uma estrutura ou um roteiro, porém, também dá liberdade para que o entrevistado discursar sobre a resposta da forma como desejar e depois proporciona que o entrevistador faça novas perguntas. Assim, cada entrevista terá um formato de acordo com o entrevistado (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A nossa técnica de análise para os dados qualitativos conta com análise de conteúdo de Bardin (1977) na modalidade temática. Segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 84) “[...] trabalha com a noção de tema, o qual está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto; comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, frase ou resumo”. Para os dados obtidos do questionário sociodemográfico, utilizamos a estatística descritiva, representados em quadros, organizados de acordo com o agrupamento das categorias analisadas (formação na graduação, especialização, tempo de carreira, entre outros).

Os resultados da tese, portanto, derivam de dados próprios, possibilidade que existe quando o próprio pesquisador elabora as formas de coleta de. Para a coleta dos dados fizemos uso do gravador de voz, que foi utilizado com a permissão de todos os entrevistados para registrar as respostas da entrevista semiestruturada, com fim apenas para facilitar a transcrição fiel dos dados para análise. Dessa forma, foi possível compilar os dados, analisar e expressar as análises por meio da discussão dessa tese.

5.1 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma cidade no Noroeste do Paraná, que possui uma população estimada em 406.700 segundo dados do IBGE³² (2017). A coleta de dados ocorreu nas clínicas onde os entrevistados atuam, sendo a maioria particular (n=21), outras em postos de saúde (n=2) e em uma ONG (n=1), apesar de todos terem clínica própria.

As clínicas particulares, todas localizadas no centro da cidade, possuem espaços para consultas, grande parte em salas de prédios comerciais, bem arejados, iluminados e com ótima infraestrutura e instrumentos de diagnósticos em bom estado. Oferecem conforto aos sujeitos em atendimento, sala de recepção e sala de atendimento separadas, com privacidade.

Os dois postos de saúde públicos onde ocorreram entrevistas são localizados em regiões periféricas da cidade. São unidades de pronto atendimento, próximos a escolas, o que faz com que muitos pais busquem por ajudas de psicólogos e fonoaudiólogos nessas unidades. As entrevistadas trabalham em uma sala de atendimento, onde não foi possível averiguar os instrumentos de diagnósticos. A infraestrutura é básica e com muitas pessoas em espera, sobretudo crianças.

A ONG onde ocorreu uma das entrevistas localiza-se atualmente em região central da cidade. A princípio era em bairro afastado, com pouco espaço e por isso houve a necessidade de se mudarem e ampliarem o espaço, até pelo aumento do número de crianças que chegam, cada vez mais, procurando por ajuda. Esse novo espaço, com salas de atendimento amplas e bem arejadas, com diversos materiais para diagnósticos e intervenções, possui um terreno com gramado e alguns brinquedos, o que deixa as crianças mais à vontade.

5.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS

Os participantes da pesquisa são profissionais na maioria da área da Saúde e atendem crianças e/ou adolescentes e que aceitaram por livre vontade conceder uma entrevista para fins acadêmicos sobre TDAH e seu tratamento medicamentoso. Dessa forma, contamos com dez psicólogos, sete fonoaudiólogas, quatro psicopedagogas, dois neuropediatras e uma pediatra. A participação foi por adesão, totalizando 24 profissionais.

³² Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para mantermos em sigilo a identidade dos profissionais identificamos cada um com as letras P para Psicólogos, F para Fonoaudiólogas, Pp para Psicopedagogas, M para os médicos (Neuropediatras e Pediatra); seguido de números da ordem das entrevistas (P1, P2, F1, F2, Pp1, Pp2, M1, M2...). Cada um desses profissionais já atendeu ao menos um sujeito com TDAH.

Com os dados coletados pelo questionário sociodemográfico foi possível traçar o perfil dos participantes. Constatamos que 83% dos sujeitos entrevistados são do gênero feminino (n=20) e a idade média é de 41 anos. Outras informações como formação e atuação podem ser observadas no quadro abaixo:

Quadro 4 - Dados sociodemográficos dos participantes

(continua...)

Resultado obtido do questionário sociodemográfico		
Formação	Nº	%
Medicina	03	12
Psicologia	10	42
Fonoaudiologia	07	29
Pedagogia	03	12
Psicologia e Pedagogia	01	4
Formação complementar (Especialização, Mestrado e Doutorado)³³		
Especialização em Psicanálise	04	17
Especialização em Docência no Ensino Superior	03	12
Especialização em Educação Especial	03	12
Especialização em Psicopedagogia	03	12
Especialização em Motricidade Orofacial	02	8
Especialização em Disfagia	02	8
Especialização em Fonoaudiologia Hospitalar	02	8
Especialização em Psicoterapia	02	8
Especialização em Neurologia Infantil e Pediátrica	02	8
Especialização em Cooperativismo em Organização do Quadro Social	01	4
Especialização em Linguagem	01	4
Especialização em Saúde Mental	01	4
Especialização em Terapia de Família e de Casal	01	4
Especialização em Arqueologia	01	4
Especialização em Metodologia de Ensino	01	4
Especialização em Atendimento Educacional Especializado (AEE)	01	4
Especialização em Trabalho Pedagógico para Educação Infantil	01	4
Especialização em Psicologia Hospitalar	01	4
Especialização em Gestão em Saúde	01	4
Especialização em Liderança	01	4
Especialização Psicanalítica Contemporânea	01	4
Especialização em Neuropsicologia	01	4
Especialização em Psicomotricidade	01	4
Mestrado em Psicologia	03	12
Mestrado em Fonoaudiologia	01	4
Mestrado em Processamento Auditivo	01	4
Mestrado em Educação	01	4

³³ Sobre a formação complementar os entrevistados poderiam elencar mais de uma pós-graduação, sendo assim, o percentual é maior do que 100%.

Nenhum	01	4
Tempo de atuação		
0 a 5 anos	05	21
5 anos e um mês a 10 anos	05	21
10 anos e um mês a 15 anos	05	21
15 anos e um mês a 20 anos	03	12
Mais de 20 anos	06	25
Quantidade de clínicas em que atua		
Uma	15	63
Duas	09	37
Jornada de trabalho		
Até 10 horas semanais	02	8
20 horas semanais	01	4
30 horas semanais	06	25
40 horas semanais	11	46
Mais de 40 horas	04	17
Período de trabalho		
Manhã	01	4
Manhã e tarde	14	58
Manhã, tarde e noite	09	38
Outras ocupações além da clínica		
Não	14	58
Sim	10	42
Cursos de aperfeiçoamento nos últimos dois anos		
Não	03	12
Sim	21	88

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Conforme o Quadro 4 vemos que 42% dos entrevistados são formados em Psicologia (n=10) e apenas 12% em Pedagogia (n=3). Uma das entrevistadas é formada em ambos os cursos. Já em relação à formação complementar, o grau mais alto de instrução encontrado foi Mestrado, 25% dos participantes (n=6), desse percentual, três entrevistados possuem Mestrado em Psicologia. Apenas uma entrevistada não possui Pós-Graduação. Os demais sujeitos possuem ao menos uma especialização.

Constatamos que 25% dos entrevistados trabalham há mais de 20 anos na área da Saúde (n=06). Dos 24 participantes 63% atuam em apenas uma clínica (n=15). A maioria dos entrevistados (n=11) trabalha cerca de 40 horas por semana, totalizando 46% e 17% possuem uma carga horária acima de 40h por semana (n=4). Os períodos de trabalho dos entrevistados são manhã (4%), manhã e tarde (58%) e manhã, tarde e noite (38%).

Dos 24 entrevistados, 58% possuem outras ocupações (n=14), tais como a docência no Ensino Superior ou Coordenação de clínicas. No que tange aos cursos de aperfeiçoamento nos últimos dois anos apenas 12% não os fizeram (n=3), enquanto 88% fizeram cursos como Reanimação neonatal, Amamentação, Processamento Auditivo, Inclusão, Epilepsia, Métodos diferenciados de alfabetização, participação em congressos, grupos de estudo, entre outros.

Dessa forma, notamos que o perfil dos sujeitos possui alto grau de instrução acadêmica e experiência na área clínica.

5.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Após uma breve pesquisa em uma plataforma de cadastro de médicos especialistas, fizemos uma listagem, incluindo também indicações de profissionais da saúde, onde reunimos nomes de cerca de 160 psicólogos, 100 pediatras, 17 fonoaudiólogos, 09 psicopedagogos e 05 neuropediatras na cidade. Verificamos o currículo *lattes* dos profissionais que o possuem, a fim de identificar aqueles que atuavam atendendo crianças e/ou adolescentes com (características de) TDAH. Após esse filtro, procuramos os contatos telefônicos de clínicas ou particulares na *internet* e chegamos a cerca de sete profissionais de cada especialidade. O contato inicial com eles foi realizado por meio de telefonemas em suas clínicas ou telefone pessoal. Conforme descrito em tópicos anteriores, esse contato possibilitou a nossa apresentação e do trabalho que se pretendia realizar com as entrevistas, de forma que o sujeito compreendesse sua real participação, anonimato e contribuição acadêmica. Assim, dos 37 profissionais com os quais entramos em contato, 22 aceitaram conceder entrevistas gravadas. Em seguida prosseguimos com as ações já descritas anteriormente.

Vale ressaltar que na etapa de agendamento para a realização das entrevistas, três profissionais desistiram de concedê-las (dois pediatras e uma neuropediatra). Dessa forma, 19 pessoas foram entrevistadas na primeira fase. Após a conclusão dessas entrevistas, por meio de novas indicações dos próprios entrevistados, mais 11 profissionais foram contatados: cinco fonoaudiólogas; três neuropediatras; duas psicopedagogas e uma psicóloga, a fim de que a pesquisadora se apresentasse, bem como realizasse o convite para entrevista. Com a aceitação de cinco profissionais (duas fonoaudiólogas, duas psicopedagogas e uma psicóloga), uma nova submissão ao Copep foi realizada no final de 2017, sob o mesmo procedimento da primeira fase. Após a aprovação da nova submissão, esses cinco profissionais foram entrevistados na segunda fase, concluindo as entrevistas. Foram entrevistados um total de 24 profissionais de diferentes especialidades, mas todos ligados ao atendimento de crianças e adolescentes.

Todas as entrevistas foram realizadas nas clínicas de atendimento conforme descrito no campo de pesquisa. Mediante os agendamentos, chegávamos às clínicas, nos apresentávamos à recepcionista e/ou secretária e aguardávamos o atendimento do profissional. Assim que autorizada, entrava na sala de atendimento, se apresentava ao profissional entrevistado e

explicava brevemente a pesquisa enquanto entregava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura. Após esclarecimentos e preenchimento do questionário sociodemográfico, dava-se início à entrevista semiestruturada. Essa última parte durava entre dez a vinte minutos, de acordo com a vontade de participação do entrevistado.

Após a última pergunta e resposta do entrevistado, a pesquisadora agradecia e desligava o gravador de voz. Muitos entrevistados demonstravam interesse na pesquisa após as gravações e queriam saber mais a respeito de sua contribuição, bem como tecer mais comentários acerca de suas experiências. Por meio dessas conversas informais após a entrevista e desligamento do gravador, percebemos que ninguém se sentiu coagido pelas questões elencadas nos instrumentos de coleta de dados e até parabenizavam pela iniciativa da pesquisa, que afirmavam ser necessária.

5.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: a) questionário sociodemográfico e; b) entrevista semiestruturada.

O Questionário Sociodemográfico é um instrumento construído com questões simplificadas de cunho pessoal, acadêmico e profissional, cujos resultados podem ser quantificados. No caso dessa pesquisa, houve a necessidade de nove perguntas para formar o perfil dos participantes da pesquisa, em que duas eram de cunho pessoal (gênero e idade), três eram em relação à formação acadêmica e atualizações, por fim, quatro relacionadas à atuação profissional.

Com relação ao Roteiro de Entrevista Semiestruturada é caracterizada por “[...] uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 188). Para esta pesquisa foram elaboradas 15 questões sobre TDAH e suas formas de tratamento, sobretudo a medicamentosa. Dessa forma, obtivemos respostas que podem ser analisadas considerando as representações sociais de cada grupo de profissional.

Para registrar de forma fiel as respostas dos participantes durante a entrevista semiestruturada, utilizamos um gravador de voz, aplicativo do celular iPhone 4s, 16 G, *designer* da Apple – Califórnia, modelo A1387EMC 2430 FCC ID: BCG-E2430A IC: 579C-E2430A que capta sons com qualidade até em ambientes de muito movimento.

Por fim, convém ressaltar, que as falas dos entrevistados foram transcritas na íntegra. Todavia, segundo recomendações de Belei *et al.* (2008), após essa transcrição foram feitas correções ortográficas, a fim de evitar constrangimento aos participantes da pesquisa.

5.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Como pudemos observar no perfil dos participantes, o questionário sociodemográfico rendeu respostas de natureza quantitativa, que foram apuradas somando-se as quantidades reveladas em cada resposta e dispostas em um quadro. Por meio das entrevistas semiestruturadas, por sua vez, obteve-se respostas de natureza qualitativa, as quais foram trabalhadas por meio da análise de conteúdo, com base em Bardin (1977), a qual permite identificarmos o que está em segundo plano no discurso, ou seja, as entrelinhas.

Para realizar as análises fizemos as transcrições das 24 entrevistas, bem como suas leituras e releituras a fim de categorizar as falas e apresentá-las de forma mais objetiva ao leitor. Logo, identificamos quatro eixos temáticos que formaram as categorias de análises: 1) Conhecimento sobre TDAH; 2) Diagnóstico de TDAH; 3) Formas de tratamento do TDAH e; 4) Medicamentos. Por meio dessas categorias, selecionamos algumas falas que ilustram de forma direta as análises que realizamos com base na Teoria das Representações Sociais, a fim de identificar quais são as representações dos grupos entrevistados.

A representação social para Moscovici (2001) é um conjunto de conhecimentos oriundos da vida cotidiana. Por meio dessa representação, é possível compreender e interpretar a vida cotidiana, nesse caso, o cotidiano dos profissionais entrevistados e suas crenças. Portanto, veremos as representações sociais dos grupos de profissionais entrevistados, a fim de identificarmos o conhecimento socialmente construído pelos: a) Psicólogos (n=10); b) Fonoaudiólogas (n=7); c) Psicopedagogas (n=4) e; d) Médicos (uma pediatra e duas neuropediatras).

6 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DIFERENTES PROFISSIONAIS

Nesta seção apresentamos as representações sociais sobre TDAH e tratamento medicamentoso para os diferentes profissionais que atendem crianças e adolescentes com a suspeita desse transtorno. Conforme salientado na seção anterior, categorizamos as respostas e apresentamos a seguir as representações de cada grupo profissional. Cada categoria reúne um número de perguntas relacionadas ao tema, vejamos no quadro abaixo:

Quadro 5 - Perguntas da entrevista separadas por categorias de análise

CATEGORIA DE ANÁLISE	QUESTÃO RESPONDIDA
CONHECIMENTO SOBRE TDAH	<ul style="list-style-type: none"> • Em sua prática profissional você atende ou já atendeu crianças e/ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH? Há quanto tempo? • Quem faz com mais frequências os encaminhamentos para você? • O que é TDAH para você? • Quais são as causas do TDAH? • Nos meios científicos, existem autores que defendem que não existe TDAH e que esse transtorno seria uma invenção. O que você pensa sobre isso? O TDAH seria mesmo uma invenção da mídia ou indústria farmacêutica?
FORMAS DE DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Quais instrumentos você utiliza para realizar o diagnóstico do TDAH? • Além desses instrumentos você faz entrevistas com outras pessoas para saber mais a respeito da criança (por exemplo, com os professores, com os coordenadores, com os pais)? • Após o diagnóstico da criança e/ou adolescente com TDAH, que tipo de orientação você passa para os pais e para a escola?
FORMAS DE TRATAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Quando você recebe uma criança com dificuldade de aprendizagem e suspeita de TDAH, quais os tratamentos que você mais recomenda? Por quê? • Quais os benefícios e os malefícios que esse(s) tratamento(s) traz(em)? • Qual sua opinião sobre as formas de tratamento (psicológica, psicopedagógica, medicamentosa etc.) para o TDAH em crianças e/ou adolescentes? • Como é o tratamento da criança com TDAH? Ou seja, em sua área, quais são as formas de tratamento mais utilizadas?
MEDICAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Você considera que os medicamentos contribuem para um melhor desempenho escolar da criança? Por quê? • Os medicamentos possuem mais benefícios ou malefícios? Por quê?

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Por meio dessas perguntas investigamos as representações sociais que em nossa análise evidenciam as significações de um suposto TDAH e de medicalização das características da

infância na atualidade, o que emerge um suposto diagnóstico e uma forma de tratamento escolhida pelos profissionais com base em discursos medicalizantes desde a tenra idade, conforme observaremos nas respostas de cada grupo.

6.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS: RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta subseção apresentamos os dados coletados na entrevista semiestruturada realizada com os profissionais partícipes. Permeamos as apresentações das evidências e as análises com discussões pertinentes, com base em nosso referencial teórico elucidado ao longo das seções anteriores, a saber, os estudos foucaultianos sobre o biopoder, as evidências da patologização das dificuldades escolares de Maria Moysés e Cecília Collares, bem como as críticas sobre medicalização levantadas nos estudos do campo da Educação.

Para tanto, separamos as análises por grupos a fim de conhecer as representações de cada um dentro das categorias de análise. A apresentação dos dados coletados inicia-se pelo grupo A, dos profissionais da Psicologia. Em seguida apresentamos os demais.

6.1.1 Grupo A: Medicalização do novo padrão de comportamento infantil

Iniciamos com a apresentação da categoria “Conhecimento sobre TDAH”. As respostas para a pergunta “Em sua prática profissional você atende ou já atendeu crianças e/ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH? Há quanto tempo?”, foram dispostas no quadro a seguir:

Quadro 6 - Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo A

SUJEITO	RESPOSTA	TEMPO
P1	Sim	Há 6 anos
P2	Sim	Há 5 anos
P3	Sim	Há 2 anos
P4	Sim	Há 5 anos.
P5	Sim	Há 5 anos
P6	Sim	Há 10 anos
P7	Sim	Há mais de 25 anos
P8	Sim	Há mais de 8 anos
P9	Sim	Há mais de 5 anos
P10	Sim	Há 8 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Podemos observar que há mais de 25 anos já se chegava às clínicas de Psicologia crianças e/ou adolescentes com (características de) TDAH. Recentemente ainda vemos casos de TDAH, como a P3 relata, visto que em 2015 ela atendeu seu primeiro caso e, em suas palavras, recebe “várias” crianças com esse diagnóstico.

Ao questionarmos quem faz mais encaminhamentos para os psicólogos entrevistados, verificamos que cinco citaram os médicos que atendem inicialmente as crianças ou os adolescentes, sendo neurologistas na maior parte dos casos (n=4), seguidos igualmente (n=1) por psiquiatras, pediatras e fonoaudiólogos. Nas análises do Grupo D, que serão apresentadas ao longo da seção, pretendemos identificar quem faz os encaminhamentos para os médicos, que por sua vez repassam aos psicólogos. Nos demais casos de encaminhamentos temos a família da criança ou do adolescente, a escola e outros colegas psicólogos que não fazem esse atendimento (n=2).

A partir da questão “O que é TDAH para você?”, já podemos contar com a ajuda da TRS para compreendermos as evocações que os sujeitos fazem sobre o referido transtorno com o qual fazem o diagnóstico e/ou tratamento. Essa questão é relevante para compreendermos a visão de mundo que esses profissionais possuem ou não sobre o tema. Em cinco respostas encontramos uma ancoragem nos discursos médicos divulgados em diferentes meios, cuja objetivação está na questão biológica, ou seja, o transtorno é significado como um fator biológico. A principal evocação nesse sentido foi a palavra “transtorno” para indicar: “transtorno mental” “transtorno neurobiológico”; “transtorno de fundo neurológico”, entre outros. Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 7 - Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo A

SUJEITO	DEFINIÇÃO	OBJETIVAÇÃO
P1	“Um transtorno mental [...]”.	Biológico
P2	“[...] ‘ah, é uma criança agitada’”.	Social
P3	“[...] um transtorno que traz dificuldade de concentração [...]”.	Biológico
P4	“[...] um transtorno de não desenvolvimento da atenção na maioria dos casos”.	Biossocial
P5	“[...]um transtorno neurobiológico [...]”.	Biológico
P6	“[...] um transtorno que tem todo o fundo neurológico [...]”.	Biológico
P7	“É déficit de atenção e hiperatividade [...], uma disfunção ou um funcionamento diferente [...]”.	Biossocial
P8	“[...] é um transtorno [...]”.	Biológico
P9	“[...] pessoa que tem dificuldade em, em ter uma atenção focada [...]”.	Social
P10	“É uma disfunção da atenção em razão de ordem social”.	Social

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Percebemos na narrativa do P1, por exemplo, a compreensão do transtorno como algo que precisa ser tratado para evitar consequências: “Um transtorno mental... é, que tem consequências sérias e que se forem tratadas, dão uma condição melhor da criança, do adolescente ou adulto... na, nas suas dificuldades gerais”. Outros quatro colegas de profissão concordam com sua explicação (P3, P5, P6 e P8).

O TDAH de ordem biológica é consequência de raros fatores internos ao sujeito que ocorre no período pré ou perinatal, afetando-o neurobiologicamente (disfunção dos neurotransmissores e/ou unidades cerebrais responsáveis pela atenção e praxia) (SOUZA; SOUZA, 2017). Essa compreensão de TDAH é concebida por cinco psicólogos entrevistados que o significaram como transtorno biológico, expressando, portanto, uma visão organicista.

Em seguida, tivemos em três casos em que a definição do transtorno ocorreu por um viés social, como uma “agitação”, “dificuldade de ter atenção focada” ou “disfunção da atenção”, como vemos na resposta da P2: “Que pergunta difícil. Bom, eu vejo, é..., eu não consigo ver o TDAH como uma doença, *né?* Como um transtorno, é ‘a criança tem TDAH’, eu vejo isso mais como ‘ah, é uma criança agitada’”. Assim como ela, outros dois psicólogos (P9 e P10) concordam com essa definição, o que culmina com a teoria apresentada na seção dois dessa tese sobre crianças agitadas ou desatentas serem fruto da falta de estímulos que proporcionem o desenvolvimento dessas habilidades, nestes casos, a classificação de uma visão social justifica-se pelo fato de crianças e adolescentes apresentarem uma inabilidade e não um transtorno ou uma doença.

Por fim, tivemos em dois casos o TDAH definido a partir de um entendimento biológico e/ou social, como explica a P7: “É déficit de atenção e hiperatividade, mas muitas vezes a hiperatividade não aparece, então a ênfase, a meu ver, é o déficit atencional [...], uma disfunção, na minha opinião ou um funcionamento diferente”. Vemos que esses psicólogos consideram que há fatores biológicos envolvidos, podendo ser uma disfunção e que o meio social potencializa o transtorno, ou seja, tanto fatores internos quanto externos significam o TDAH. Com essas respostas notamos que de fato a área da Saúde, na qual estão inseridos os psicólogos, tende a olhar para o transtorno como algo biológico e que precisa ser tratado em suas questões biológicas.

Cruz (2016) também constatou essa visão em seus estudos e a considera comum entre os psicólogos pelo fato de terem uma formação enraizada na Medicina, o que proporciona um compartilhamento de perspectivas do corpo, biológico. A autora complementa: “[...] podemos admitir que o saber médico se mantém como hegemônico e preponderante no que tange os processos de produção de práticas em saúde, em nossa sociedade, sendo outras áreas

consideradas auxiliares em relação à Medicina, tida como área principal na maioria dos serviços” (CRUZ, 2016, p. 61). Essa formação pode influenciar esse olhar sobre o TDAH, preponderando o viés biológico.

Complementando a questão anterior, perguntamos o que causa o TDAH e começamos a perceber uma contradição nas respostas, o que evidencia uma confusão na percepção de cada profissional sobre o que de fato é TDAH, pois diferentemente da definição mais biológica, tivemos a maioria das explicações pelo viés social (60%), cuja ancoragem está na vivência clínica dos psicólogos, ou seja, o que de fato observam nas consultas e avaliações psicológicas:

Quadro 8 - Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo A

SUJEITO	CAUSA	OBJETIVAÇÃO
P1	-	-
P2	“[...] diversos fatores [...] está muito relacionado à dinâmica da família [...]”.	Social
P3	“São biológicas, né? E eu considero também que emocionais”.	Biossocial
P4	“[...] preciso voltar no desenvolvimento dela pra entender: que condições, de que forma, em que tempo ou a partir de quais relações essa criança pode se desenvolver ou não”.	Social
P5	“[...] tem causas multifatoriais [...] um dos problemas é a questão é neuroquímica [...] tem fatores biológicos, sociais, genéticos [...]”.	Biossocial
P6	“[...] é a capacidade que o indivíduo tem de interpretar a sua volta e se desenvolver [...]”.	Social
P7	“Muitos estímulos [...]”.	Social
P8	“[...] multicausas, ou seja, o ambiente, né? O olhar dos pais, sobre a criança, a relação dos pais com essa pessoa [...]”.	Social
P9	“[...] tem uma base neurológica [...] eu imagino, e fatores sociais também [...]”.	Biossocial
P10	“A mudança que nós tivemos na questão cultural, na nossa sociedade hoje [...]”.	Social

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As evocações para as causas sociais foram: “diversos fatores”; “desenvolvimento”; “muitos estímulos”; “multicausas” e “mudança social/cultural”. A P10 aferiu como causa do TDAH as questões de ordem sociocultural:

A mudança que nós tivemos na questão cultural, na nossa sociedade hoje, essa lógica acelerada, de experiência com o tempo, a necessidade criada socialmente da utilização de máquinas que, com a proposta de agilizar a nossa inserção social, melhorar as nossas habilidades sociais e que potencializam também esse estado de ansiedade contínua e da necessidade de estar fazendo muita coisa ao mesmo tempo. Então, esse arranjo social que nós temos hoje mobiliza que as pessoas não, de fato, desenvolvam uma atenção concentrada, então, que são o quê? As habilidades cognitivas secundárias, né? Os processos psíquicos secundários. Nossa atenção fica mais dispersa porque esse acúmulo

de função que nós temos também exercido potencializa essa situação de que o meu nível de atenção fique cada vez mais baixo (P10).

Essa explicação da P10 vai ao encontro de nossas considerações sobre o contexto histórico das relações sociais que influenciam e refletem nos novos paradigmas do comportamento infantil, ou seja, mais ativo e mais desatento. Contudo, Ribeiro (2015, p. 65) salienta em seus estudos que “[...] a dinâmica da vida, sua riqueza e singularidade são negligenciadas e negadas. [...]. As pessoas são suprimidas. O que prevalece é o padrão a favor dos interesses ideológicos. Camufla-se o processo de produção histórica das realidades construídas e vividas”. Por isso, não vemos em grande parte das literaturas científicas e outros meios a divulgação de explicações da desatenção e da hiperatividade como consequências de fatores sociais³⁴. Há uma concentração de forças de diferentes organismos para padronizar o comportamento humano e controlar os corpos a favor de um rendimento maior e necessário para a funcionalidade dos setores sociais (academias, empresas, entre outros).

Se todos olhassem para o sujeito hiperativo e desatento como fruto de uma sociedade ativa e acelerada não teríamos diagnósticos de TDAH, mas, sim, a compreensão de um novo padrão de comportamento, o que não produziria a prescrição de inúmeras receitas medicamentosas para o tratamento de algo que apenas é uma condição social. Isso impactaria negativamente a economia da indústria farmacológica, por isso há um esforço em conjunto da mídia e demais organismos interessados em fortalecer cada vez mais a permanência da visão reducionista e organicista sobre o ser humano como um simples corpo, biológico, cujas singularidades, ou seja, que foge da hegemonia social, sejam vistas como anomalias patológicas que precisam ser tratadas com medicamentos.

Tivemos três psicólogos que citaram como causas do TDAH fatores de ordem biossocial (P3, P5 e P9), ou seja, que consideram tanto implicações biológicas quanto sociais. Citamos como exemplo a fala da P5:

Nós podemos dizer que o TDAH tem causas multifatoriais, então muitos fatores podem estar relacionados com o TDAH. Como eu coloquei, um dos problemas é a questão neuroquímica, dos neurotransmissores, podem aí provocar essa disfunção e essa criança ter a atenção comprometida, ter hiperatividade, então não tem como dizer “é uma causa específica”. Então tem fatores biológicos, sociais, genéticos... vários fatores que podem estar envolvidos.

³⁴ Em nossa seção 2 é possível compreender os fatores sociais que engatilham a desatenção e a hiperatividade.

Aliando os resultados da significação do TDAH com suas causas, notamos que nenhum dos cinco psicólogos que definiram o transtorno com objetivação em fatores biológicos manteve essa significação sobre as causas do mesmo. Destes, dois objetivaram causas biossociais (P3 e P5), dois causas sociais (P6 e P8) e um preferiu não responder (P1).

Dessa forma, a definição de TDAH está enraizada nas ideias biológicas, muitas vezes, difundidas nos meios científicos, nas escolas e revistas, mas não condizem com as causas do mesmo. Contudo, constatamos em 2016 que o grupo de pesquisadores que mais publica sobre o referido transtorno é o dos psicólogos em que há uma disseminação do olhar clínico como um transtorno que deve ser tratado pelo viés biológico, mesmo que tenhamos aqui constatado que suas causas são consideradas como sociais pela maioria (CORDEIRO, 2016).

Finalizando essa categoria, informamos aos entrevistados que nos meios científicos existem autores que defendem que o TDAH não existe, sendo uma invenção da mídia e/ou da indústria farmacêutica e questionamos o que pensavam sobre o assunto, ou seja, “o TDAH seria mesmo uma invenção?”. Dos dez psicólogos quatro não concordaram com essa afirmação.

Gonçalves (2016) se propôs a cartografar as narrativas controversas quanto ao consumo do metilfenidato em diferentes instâncias, sendo uma delas a mídia. Em sua dissertação fica nítido que há uma articulação entre mídia e indústria farmacêutica para que cada vez mais medicamentos, como o metilfenidato, sejam receitados por psiquiatras e utilizados para potencialização da performance cognitiva e nos meios de trabalho. Pensando no TDAH, seria favorável para esses organismos criar uma necessidade (falso transtorno) e apresentar soluções (medicamentos) que enriqueçam os cofres da mídia e da indústria farmacêutica, logo, a ideia de que elas estariam por trás da invenção de um transtorno faria sentido.

Três entrevistados disseram que concordam em parte, pois depende de alguns casos. Vejamos o exemplo da P4:

Olha, pensando no TDAH enquanto uma doença genética ou não funcionamento neurológico, *né?* Que eles vão discutir que falta dopamina nas áreas pré-frontais que são relacionadas à atenção voluntária; é realmente muito controverso, porque não existem exames nem técnicas que podem provar que a criança tem TDAH, que isso está ocorrendo. Então é como se fosse uma teoria e não existem técnicas que de fato demonstrem, tanto é que a gente vê na prática que o remédio, a Ritalina, o metilfenidato; vai aumentar a quantidade de dopamina, na fenda sináptica dessas regiões, elas não vão gerar aprendizagem na criança, vão apenas acalmar, dopar, de certa forma, então eu estou tendo um remédio cujo efeito não é conhecido e a gente pode ler a bula do metilfenidato que não sabe de que forma pode ajudar ou não, é um estimulante, e entender que isso está resolvendo um problema de origem genética. Então se eu falo que é genético, que é na formação do neurônio, mas não tenho nenhum exame que enxerga isso e faço um diagnóstico clínico, um

diagnóstico subjetivo a partir de um questionário, um diagnóstico por eliminação, que eu vejo dessa forma, você vai fazer um teste para saber se não é nenhum problema de convulsão, você vai fazer um *eletro*, fazer um monte de exame e não é nada, então eu vou entender que é TDAH. Então um diagnóstico por exclusão sim, eu vejo que não é um diagnóstico que entra dentro dos parâmetros médicos de ciência (P4).

A psicóloga supracitada enfatiza em algumas de suas falas que a abordagem pela qual trabalha é a Histórico-Cultural em que o sujeito é visto como um todo (biopsicossocial) e considera o seu meio sociocultural. Ela definiu o transtorno como uma falha no desenvolvimento ambiental, cuja causa está, portanto, no desenvolvimento atencional, contudo, não descarta a questão biológica, pois afirma a necessidade de olharmos para o cérebro e a possibilidade de uma sequela neurológica. Por isso argumenta que ao olharmos para o TDAH como uma “doença”, de fato encontramos contradições nas falas médicas, pois concluir um diagnóstico por exclusão não é uma prática científica. No entanto, ao realizar um diagnóstico considerando o desenvolvimento global do sujeito, podemos sim nos deparar com um ser sem foco de atenção e com hiperatividade, que não seja, necessariamente, por fatores biológicos, mas, sim, social.

Tanto a narrativa da P4 quanto das outras duas psicólogas sobre esse cuidado ao olhar o TDAH como uma invenção é a chave para distinguir o que de fato o profissional entende por transtorno e por comportamento infantil. Aqui notamos que quando as psicólogas se referem a um transtorno biológico, acreditam que de fato ele pode existir, não sendo uma invenção, pois se algo não está íntegro em seus aspectos biológicos, isso implicará em sua saúde, podendo causar transtornos, doenças, síndromes e outras questões biológicas. Porém, para que se confirme esse diagnóstico são necessárias comprovações por meio de exames e não por tentativas e erros como vemos comumente. Isso também foi salientado na pesquisa de Leite (2010) com a qual concordamos.

Essa constatação nos remete aos ensaios clínicos que vimos na seção dois em que primeiro se escolhe o tratamento medicamentoso e depois se efetiva o diagnóstico de TDAH com base no novo comportamento que a criança passa a ter a partir da ingestão do medicamento, menos ativa e aparentemente mais atenta. Gentil (2016) enfatiza em seu estudo que com essas ações estamos violentando os corpos infantis em prol de uma submissão de comportamentos. Em nossa perspectiva, aliada aos comentários da P4 e aos estudos de Gentil (2016), esses ensaios clínicos propiciam laudos de supostos TDAH, o que podemos considerar, nestes casos, uma invenção.

O olhar biopsicossocial sobre o outro significa que eu vejo também os aspectos psicológicos e sociais que possam causar as mesmas implicações no comportamento, no

desenvolvimento e na aprendizagem. Ou seja, eu preciso olhar do sujeito (o todo) para a causa (a parte) e não de um suposto transtorno para o sujeito. Buscar respostas de um comportamento em um transtorno é encaixar um sistema amplo e complexo da existência humana em uma caixa etiquetada.

Apenas uma entrevistada concorda plenamente com a ideia de que a mídia ou a indústria farmacêutica pode ter inventado esse transtorno.

Ah, eu concordo com isso [risada], sabia? Eu penso que, assim como o no DSM-V *né?* Aquele que saiu agora, [...] tudo é um transtorno, tudo que a gente..., qualquer tipo de comportamento, é um pouco fora do que eles acham que é uma normalidade. E que todo mundo tem transtorno, e eu acho que o TDAH veio junto com uma onda de pais muito ocupados, as crianças fora de casa o dia inteiro. Os pais também fora de casa o dia inteiro, veio com a onda de TDAH, “nossa, agora as crianças resolveram ser, ter TDAH”. Antes ninguém tinha e agora todo mundo tem (P2).

Um entrevistado não soube opinar sobre o assunto (P1) e uma afirma que esta não é a questão relevante:

Acho que isso não é muito importante. É, eu acho que a questão passa por outro lado. Não importa se tem nome ou se não tem, existe um sofrimento e esse sofrimento é real. Quando damos um nome, classificamos algo, às vezes facilita até para que você possa cientificamente estudar aquilo, como seria o caso de espectro autista, por exemplo, que vai... de A à Z, está dentro do espectro. Então eu penso que o mesmo se trata... o TDAH, o TDAH no sentido que tem o funcionamento parecido. Agora, ter um nome eu acho que facilita, mas é perigoso porque pode levar ao rótulo e aí deixa de ver a pessoa e a especificidade (P8).

A mídia, aqui entendida como veículo de comunicação que transmite informações por meio impresso (como os jornais), eletrônico (como a televisão) e eletrônico digital (como a *internet*), tem a função de informar o receptor, porém, as informações podem ser expressas pelo locutor de diversas formas, desde a orientação até o sensacionalismo. Não devemos responsabilizar a mídia pelo papel de formação do sujeito, pois seu caráter é de entretenimento e não educativo, diferente das instituições de ensino. Contudo, há um papel social e, por tal, deve ser responsabilizada pela disseminação de informações (EAGLETON, 1991; DIZARD JÚNIOR, 2000).

A mídia não tem obrigação de utilizar conhecimentos científicos para comprovar o que expõe aos receptores, o que em muitos casos resulta na promoção de falsas crenças ou pseudociências que podem ser compradas por pessoas leigas. Isso pôde ser identificado nos

estudos de Castellar e Teruya (2012) ao analisarem os discursos da mídia sobre o TDAH. Após o levantamento e análise de informações que circularam nas mídias impressas e digitais sobre o TDAH, as autoras constataram que

[...] os discursos analisados possuem o status de inquestionável ao olhar de um leitor leigo sobre a temática discutida. A divulgação de notícias sem procedência é problemática, à medida que o poder de alcance destes veículos de comunicação na sociedade é significativo e podem gerar confusões no nível de compreensão real do transtorno, falsas crenças, por conseguinte, falsos diagnósticos (CASTELLAR; TERUYA, 2012, p. 10).

A mídia não inventou o TDAH, até porque não se trata de uma invenção, como vimos há muitos estudos científicos da área neurológica que embasam essa existência e que não podemos descredibilizar. Mas não podemos desconsiderar que a perpetuação de informações de supostos transtornos a beneficia, a fim de captar mais receptores e lucrar com as informações vendidas. O mesmo pode ser dito da indústria farmacêutica que, muitas vezes, contrata os serviços midiáticos. Dessa forma, ambas não deixam de lucrar com as vendas de medicações voltadas para o tratamento desses supostos transtornos.

Conforme as análises da categoria “Conhecimento sobre TDAH”, há uma ancoragem dos psicólogos em discursos biológicos disseminados entre eles quando se trata de definir o transtorno, contudo, com base em suas vivências clínicas explicam que as causas do TDAH possuem fatores sociais. Essas evidências apontam para uma falta de discernimento entre o que é TDAH e o que é um novo comportamento infantil, sendo o primeiro de fato um transtorno biológico com causas neurobiológicas e o segundo uma condição social. Isso nos leva a acreditar que muitas crianças e adolescentes estão sendo diagnosticadas com TDAH com base em significações errôneas, ou seja, o que está sendo chamado de TDAH não é um transtorno, mas, sim, um novo padrão de comportamento forçado e equivocadamente taxado como transtorno. Em ambos os casos, com comprometimento físico ou não, este grupo acredita que existe TDAH e que o mesmo ou as suas implicações emocionais, por exemplo, precisam ser tratadas.

Essa visão de um suposto transtorno que implica nos diagnósticos de crianças e adolescentes impacta diretamente o contexto escolar, visto que as informações são repassadas para família e escola que, por sua vez, vão dar os encaminhamentos cabíveis (ou não), com base em um sujeito com TDAH. Os encaminhamentos pedagógicos para crianças com déficit de atenção e hiperatividade podem não atender as necessidades de crianças com dificuldades escolares advindas de outros fatores, que não um transtorno. Dessa forma, a didática aplicada

pode não favorecer o sujeito em sua aprendizagem e desenvolvimento. Outro fator que pode ter importância é a visão que o professor passa a ter sobre esse aluno, podendo ser de acolhimento ou marginalização, como se o fato de a criança ter um (suposto) transtorno não fosse mais sua responsabilidade. Nessa concepção, Moysés e Collares (2014) afirmam que essas atitudes fazem com que aos poucos o professor perca seu espaço na área de Educação, cedendo responsabilidades e competências aos profissionais da saúde. Já o aluno, perde seu direito de aprender e se desenvolver.

No que se refere à questão “quais instrumentos você utiliza para realizar o diagnóstico de TDAH?”, os participantes do Grupo A mencionaram com mais frequência a entrevista com os pais, com o próprio sujeito com (suspeita de) TDAH e/ou com os professores, vejamos o quadro a seguir:

Quadro 9 - Instrumentos citados pelos psicólogos para realização do diagnóstico de TDAH

SUJEITO	INSTRUMENTOS CITADOS
P1	“Eu não realizo diagnóstico de TDAH [...]”.
P2	“[...] eu não realizo diagnóstico de TDAH [...]”.
P3	“Entrevista”.
P4	“Testes projetivos, WISC-IV, entrevistas, observação do material escolar”.
P5	“ <i>Anamnese</i> , visita à escola, entrevista com professor e observação do plano docente, observação dos cadernos escolares”.
P6	“Entrevista com os pais, metodologia lúdica, teste de tolerância, testes projetivos (desenhos), WISC, testes que coloque o sujeito em situações em que podemos observar suas reações (raiva, medo, paciência, tempo de reação, entre outras)”.
P7	“Testes: D2, Proteste, <i>Wirmond</i> , Rei auditivo, WISC, observação e interação com a criança”.
P8	“Visita à escola, observações fora da clínica”.
P9	“[...] geralmente eu não realizo o diagnóstico de TDAH [...]”.
P10	“Avaliação clínica, questionários para pais e professores, teste de atenção concentrada, testes psicológicos para identificar falhas”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A entrevista é um instrumento necessário para aproximar os familiares e o próprio indivíduo ao profissional da saúde que acompanhará o diagnóstico e o tratamento, mas apenas quatro psicólogos a citaram. Seguindo desse instrumento, tivemos o WISC citado por três entrevistados, a observação do material escolar (n=2) e os demais instrumentos citados apenas uma vez.

Algumas pesquisas que investigaram sobre as formas de diagnóstico em determinados contextos, também identificaram a utilização desses instrumentos para a avaliação diagnóstica por parte dos psicólogos, reafirmando o que vimos na seção dois sobre o diagnóstico do TDAH

ser fundamentalmente clínico (MOYSÉS; COLLARES, 2011; SANTOS, 2013; FERREIRA, 2015; CRUZ, 2016; SANTOS; LEONARDO, 2017).

Notamos que três psicólogos informaram não realizar o diagnóstico de TDAH, com as seguintes justificativas: “Então, eu não realizo diagnóstico de TDAH, e aqui, na clínica e com a Psicanálise, a gente não trabalha com diagnóstico fechado igual os psiquiatras, né? A gente faz uma compreensão da dinâmica que aquele paciente está tendo e a partir disso a gente vai trabalhando com ele [...]” (P2). Neste caso, a P2 segue uma abordagem psicanalítica e, por isso, não realiza o diagnóstico. Já no caso da P9, o motivo é que as crianças e adolescentes que atende já chegam com o diagnóstico fechado, por isso ela não possui instrumentos de diagnóstico para TDAH. Por fim, o P1 afirma que não compete ao psicólogo a realização de diagnósticos e por isso não o faz: “[...] Primeiro que não é da conta da Psicologia fechar o diagnóstico. E segundo que, como eu te falei, [...] já que vem com o rótulo, [...] o meu trabalho é na questão emocional. Então, assim, pessoas que têm sofrimento emocional são os meus pacientes”. Ele complementa que independentemente da causa desse sofrimento emocional, seja depressão, TDAH, entre outros, ele trabalha com as emoções e não com o diagnóstico.

Todos os instrumentos citados permitem que o psicólogo obtenha dados em relação ao desempenho cognitivo do sujeito, identifique o processamento da atenção, da concentração, do comportamento, em alguns casos até investigam as emoções. Contudo, comprovar a existência de um TDAH biológico por meio de uma análise simplesmente clínica é a grande crítica de muitos autores que acreditam na não existência desse transtorno, visto que faltam provas, o que acaba por comprometer a eficácia no diagnóstico (MOYSÉS; COLLARES, 2011; LEONARDO; LEAL; FRANCO, 2017).

Ainda temos disponível como instrumento de coleta de dados a *anamnese*, uma espécie de entrevista com pais ou responsáveis pela criança e adolescente que, se souber com detalhes o que aconteceu durante a gestação e parto do sujeito com (suspeita de) TDAH, pode fornecer esclarecimentos ou pistas sobre a existência ou não de algum comprometimento neurológico. Se por meio das entrevistas e/ou da *anamnese* houver suspeitas de que algum fator biológico pode estar envolvido na causa da desatenção e da hiperatividade, é necessário o encaminhamento para outros profissionais como neurologistas, fonoaudiólogos, oftalmologistas, que podem identificar um dano neurológico, auditivo ou visual, por exemplo, que implicam em desatenção e hiperatividade (FONTANA *et al.*, 2007).

Ainda na categoria sobre o diagnóstico, perguntamos se além dos instrumentos mencionados há realização de entrevistas com outras pessoas do convívio da criança fora do ambiente familiar e escolar. Dos dez psicólogos entrevistados, oito afirmaram que realizam as

entrevistas com coordenadores e professores de apoio em contraturno. Apenas o P1 e a P9 disseram não realizar.

Muitos autores, assim como nós, destacam as controvérsias existentes nos diagnósticos de TDAH, sobretudo quando se pautam em manuais diagnósticos, como foi apresentado na seção dois dessa tese (MOYSÉS; COLLARES, 2011; SANTOS, 2013; FERREIRA, 2015; CRUZ, 2016; LEONARDO; LEAL; FRANCO, 2017). Contudo, o sujeito que chega até a clínica com queixas de desatenção e hiperatividade precisa ser entrevistado, bem como as diferentes pessoas de seu convívio, pois esse instrumento pode ajudar a coletar dados desde a sua gestação e ter mais informações sobre sua atenção e comportamento em diferentes espaços, contribuindo com a criação ou refutação de hipóteses sobre fatores externos que influenciam nesses aspectos.

A última pergunta dessa categoria foi sobre a orientação que os psicólogos passam para pais e para a escola após o diagnóstico de TDAH.

Quadro 10 - Orientações passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH, segundo o grupo A
(continua...)

SUJEITO	ORIENTAÇÃO PARA PAIS	ORIENTAÇÃO PARA ESCOLA
P1	“Tanto professores quanto pais precisam entender o funcionamento do TDAH [...]”.	
P2	“[...] depende muito de cada caso [...]”.	“[...] Na escola, normalmente, a gente..., é... orienta, as orientadoras, os professores, a não... estigmatizarem aquele aluno [...]”.
P3	“[...] converso com os pais para..., estudarem junto, quando for necessário, para terem..., paciência, com essa dificuldade da criança [...]”.	-
P4	“[...] Para os pais uma orientação de, como organizar o estudo [...]”.	“[...] muitas vezes é retomar conteúdos anteriores [...]”.
P5	“[...] uma das orientações básicas que a gente passa é a adequação mesmo da rotina para essa criança. Então ela tem que ter uma rotina, uma supervisão, é..., em relação ao tipo de atividade que está sendo ofertada para essa criança, o local que ela vai realizar essas atividades. O tempo dessas atividades [...]”.	
P6	“Para os pais é mais aquela afetiva [...]”.	“[...] para escola estou sempre orientando quando eu vejo que quando há, alguma dificuldade que eu vejo que retornou no comportamento da criança [...]”.
P7	“Me interessa muito que haja um trabalho colaborativo entre os envolvidos [...] de modo a desmistificar algumas coisas do tipo ‘ela é preguiçosa’, ‘ela está enrolando’ [...]”.	

SUJEITO	ORIENTAÇÃO PARA PAIS	ORIENTAÇÃO PARA ESCOLA
P8	-	“[...] a importância da rotina, o quanto a rotina é organizadora, o quanto ter um espaço de estudo organizador, o horário de estudo organizador, a criança ter alguém que a contenha [...]”.
P9	“Então, eu geralmente não faço [...]”.	
P10	“para os pais sempre paciência [...]”.	“[...] 99% das vezes eu tenho que mostrar que não está adequada a cobrança, que está se fazendo sobre a criança [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A P3 e a P8 não citaram em suas respectivas falas orientações passadas para escola e para pais. Dentre as orientações mais frequentes para pais houve um equilíbrio nos resultados. Dois psicólogos citaram como orientações mais recorrentes: “compreender o TDAH e a criança”; “ajudar nos estudos e na organização” e “ter paciência”. Dessa forma, as orientações para pais e familiares estão mais relacionadas a questões afetivas, sendo necessário que a criança se sinta acolhida e compreendida pela família. Vejamos como exemplo a fala do P6:

Para os pais é mais aquela afetiva, né? “Meu filho vai ser assim para o resto da vida?”. É mais um acolhimento mesmo, e esse acompanhamento que os pais vão ter. Alguns pais eu até treino eles para dar continuidade a algumas coisas que são feitas no consultório, para que eles possam continuar essas atividades, customizados para aquela criança para que possa ajudar no processo de desenvolvimento.

Algumas pesquisas que investigam a relação entre pais e crianças com diagnóstico de TDAH evidenciam as tristezas e incertezas que alguns familiares sofrem ao se depararem com um transtorno (WAGNER, 2012; SILVA, 2016; REZENDE, 2017). Silva (2016) verificou em seus estudos que o diagnóstico despertou em muitas mães entrevistadas uma profunda tristeza ao se depararem com um diagnóstico, mas também despertou sentimentos mais ternos e atitudes compreensivas para com seus filhos. Dessa forma, vemos que o diagnóstico possui uma força impactante tanto na vida da criança quanto de seus familiares e professores, o que exige ainda mais cautela no momento de avaliarmos o comportamento infantil. Para pais e responsáveis esse diagnóstico pode ser visto de forma negativa, por isso precisam de orientação.

Para as escolas foram identificadas como orientações mais frequentes: “retomada de conteúdos”, “acompanhar o rendimento escolar”, “repensar a cobrança escolar” e “não estigmatizar”. As orientações para essa instituição são relacionadas às estratégias pedagógicas no processo de ensino em cinco narrativas. Vejamos a fala da P10:

[...] Para escola: vai depender, cada caso é um caso, cada série é uma, é uma questão, de 99% das vezes eu tenho que mostrar que não está adequada a

cobrança, que está se fazendo sobre a criança, caso a criança tenha de fato um déficit atencional importante, eu oriento como conduzir, por exemplo, diminuir o número de atividades, fracionar as atividades, posicionamento em sala de aula, técnicas para chamar a atenção dessa criança, a busca contínua dessa criança em sala de aula. Perceber quais são os indicativos que essa criança está se estressando e vai fazer com que ela, por exemplo, no caso de quando é hiperativa, vai fazer com que ela tenha uma crise e fique mais irritada e mais dispersa, então eu trabalho nesse ritmo de formação e parceria com a escola (P10).

Essas indicações em relação à quantidade de atividades, forma de entregá-las, a cobrança sobre os resultados que a criança precisa apresentar (comportamentos, notas, entre outras) são encontradas e difundidas em meios midiáticos, científicos, dentre outros, por diversos profissionais da área da Saúde (HALLOWEL; RATEY, 1999; ARGOLLO, 2003; SILVA, 2003; MATTOS, 2005). Trata-se de uma questão complexa, pois envolve a didática do professor para com estas crianças, ou seja, essas psicólogas afirmam que precisam dizer aos docentes como avaliar pedagogicamente crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH em sala de aula. Isso nos leva a refletir sobre as afirmações de Moysés e Collares (2014) quanto à expropriação do espaço escolar do professor para o campo da saúde, que pode acontecer tanto pela visão do docente de que o ensino para o sujeito com diagnóstico de TDAH não é sua responsabilidade, quanto pela falta de interesse em se preparar para atender as demandas desse sujeito.

Já em torno da relação professor-aluno, ou da escola como um todo para com estes sujeitos, dois psicólogos afirmam passar orientações sobre o aspecto afetivo, uma vez que, em muitos casos, a criança e/ou o adolescente com diagnóstico de TDAH são estigmatizados:

[...] Na escola, normalmente, a gente..., é... orienta, as orientadoras, os professores, a não... estigmatizarem aquele aluno. Porque, normalmente os “alunos problemas” eles ficam estigmatizados [risada]. “Não vão fazer nada certo”, “Nunca vão fazer”. Então a gente orienta para ir pelo lado oposto. Por mais que é difícil, porque a gente conhece a realidade de muitas escolas, daqui, estaduais principalmente [risada] e que são muitos alunos, muita demanda para os professores, mas a gente tenta orientar, para eles irem na corrente contrária, porque querendo ou não aquele aluno está precisando de um cuidado, diferente. E não é porque ele é ruim, porque ele “não tá nem aí”. É bem o contrário, ele está precisando de um cuidado [...] (P2).

Esse estigma pôde ser observado por Porto (2016, p. 93-94) que constatou em seus estudos uma marginalização do sujeito diagnosticado com TDAH. Dessa forma, o autor compreende que “aqueles que não se encaixam nas normas e regras da escola são diagnosticados, classificados, normatizados, segregados e medicalizados dentro do espaço

escolar”. Isso demonstra uma culpabilização das dificuldades escolares sobre o indivíduo e a escola acaba se retirando do centro de suas responsabilidades metodológicas; juntamente com os profissionais de apoio e a família da criança ou do adolescente diagnosticado, alimentam o ciclo de patologização que vimos na seção três dessa tese.

Analisando as orientações à família, compreendemos que um diagnóstico pode trazer implicações emocionais. Já as orientações para a escola induzem a acreditarmos que as ações pedagógicas não são pertinentes ao processo de aprendizado desses sujeitos. Contudo, precisamos ressaltar que não são passadas ao professor orientações sobre o que de fato está comprometido no sujeito com o suposto TDAH. É um fator interno ou externo? É um transtorno de fato ou apenas um déficit causado por fatores sociais? Qual tipo de atenção está sendo comprometida? Não estamos eximindo a responsabilidade da escola, sobretudo dos docentes, mas esses elementos fariam toda a diferença para que o professor pudesse adequar o seu plano de ensino a fim de promover o aprendizado de seu aluno.

O diagnóstico deveria ser um diferencial positivo na vida do sujeito, ou seja, se a criança ou o adolescente precisa recebê-lo algo de construtivo deve ser agregado em sua vida. Não adianta apenas receber um título de TDAH e parar por aí, é necessário que após a confirmação do laudo o profissional informe para a família e para a escola quais são os comprometimentos que estão afetando a vida daquele sujeito, para que a partir disso cada instituição se organize para ajudar o sujeito a superar as dificuldades e se desenvolver da melhor forma. Contudo, Jafferian (2015) constatou em seus estudos que os diagnósticos não passam de rótulos que conduzem o destino da criança, estigmatizando-a como fracassada por não atender às expectativas dos adultos.

O diagnóstico acaba se tornando uma profecia autorrealizadora, pois se olharmos para o sujeito com TDAH e o tratarmos como um fracassado, excluindo e marginalizando-o, assim ele será; ao passo que ao tratarmos o aluno como capaz, incentivando-o, conseguirá êxito nos estudos. Conclui-se, portanto, que as expectativas moldam o comportamento humano (JAFFERIAN, 2015). Nesse contexto, os diagnósticos acabam produzindo mais efeitos negativos para a vida do sujeito e de seus familiares.

Passamos agora a apresentar os dados obtidos na categoria “Formas de tratamentos”. Nossa intenção com as questões dessa categoria é comparar as respostas com as representações sociais de TDAH, a fim de saber se a compreensão do transtorno está em consonância com a oferta do tratamento. Verificamos que nas representações dos psicólogos sobre o TDAH este é visto como um transtorno biológico, mas as causas são sociais. As formas de diagnóstico são totalmente clínicas segundo as narrativas do grupo A e apenas permitem uma comprovação de

fatores socioambientais que podem causar o déficit de atenção e a hiperatividade, mas não há exames que constatem a presença de fatores biológicos. A maioria das orientações para pais e para a escola também se refere a questões externas ao sujeito, tais como cuidados emocionais e reflexão sobre o processo de ensino. Dessa forma, tudo encaminha para um déficit social, em que não há necessidade de uso de medicamento, visto que as causas são socioculturais.

A primeira pergunta da categoria sobre tratamento do TDAH busca responder quais tratamentos são mais recomendados pelos psicólogos quando recebem uma criança com suspeita de TDAH e dificuldades de aprendizagem, conforme pode ser visto no quadro abaixo.

Quadro 11 - Tratamentos mais recomendados pelos psicólogos para casos de TDAH

SUJEITO	TRATAMENTOS RECOMENDADOS
P1	“Primeiro é passar para um neurologista ou psiquiatra [...]”.
P2	“Na psicanálise, a gente trabalha com a emoção [...]”.
P3	“A psicoterapia. Em alguns casos eu vejo que, a medicação colabora [...]”.
P4	“Eu recomendo uma boa avaliação de desenvolvimento [...]”.
P5	“[...] ela precisa, de psicoterapia. Tanto para ela quanto para a família, para esta auxiliar. Precisa ser feito um trabalho com a escola também. É, educação, em relação à questão do transtorno em si. E, se for necessário, no caso da criança com transtorno dar medicação [...]”.
P6	“[...] geralmente o tratamento ele tem que ser, na maioria das vezes, multidisciplinar né? [...] medicamento é fundamental, na maioria dos casos [...]”.
P7	“[...] mediação [...]”.
P8	“[...] eu gosto, às vezes, de encaminhar para um profissional médico, que acompanha junto comigo o caso [...]”.
P9	“[...] pedir até um diagnóstico, mesmo, para quem trabalha na área, mais especificamente [...]”.
P10	“[...] vai depender muito né?, do que é, qual é o problema da criança, para poder encaminhar”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Dos dez entrevistados no grupo A, quatro responderam que encaminham o tratamento para outros profissionais. A P9, por exemplo, explica que após investigar de onde vem o encaminhamento e quais são as queixas escolares, direciona o sujeito para alguém que possa fazer o acompanhamento clínico:

[...] o que já existe? Uma queixa escolar, que tem dificuldade, que ele não consegue desenvolver ou é extremamente inquieto, ou não, começa as coisas e não termina, tem algumas queixas assim, que são as que vêm. Então, em cima disso, geralmente, é... a análise, vou analisar o que está acontecendo, o contexto escolar e, também, pedir até um diagnóstico, mesmo, para quem trabalha na área, mais especificamente. Poderia ser até psicopedagoga ou até investigar uma causa neurológica, um médico, esses encaminhamentos, geralmente são pedidos (P9).

Outros dois responderam que realizam tratamentos multidisciplinares, o que pode incluir o medicamento, como cita a P5:

O primeiro passo é fazer uma boa avaliação. A gente primeiro precisa descartar algumas hipóteses, para ver se realmente essa criança tem ou não, o que eu sugiro é além da avaliação psicológica, outros profissionais da área envolvidos, e se realmente se constar que essa criança tem de fato um TDAH, um transtorno, ela precisa de psicoterapia. Tanto para ela quanto para a família, para esta auxiliar. Precisa ser feito um trabalho a escola também. É, educação, em relação à questão do transtorno em si. E, se for necessário, no caso da criança com transtorno, dar medicação. Então, existem várias formas de tratamento que precisam atuar em conjunto, parceria.

Entende-se por atendimento multidisciplinar o acompanhamento do sujeito por diferentes profissionais, no caso do TDAH podemos ter um psicólogo e um neuropediatra, por exemplo. Neste caso, o primeiro trabalha com os aspectos sociais e comportamentais e o segundo com os aspectos neurobiológicos, onde cada um avalia e aplica o tratamento que compete a sua função. Espera-se que cada profissional faça bem o seu trabalho, mas que além disso conversem entre si para alinharem os tratamentos e verificar o que o sujeito precisa e realizar as adequações necessárias (SENA; SOUZA, 2008).

Segundo Pinheiro, Camargo Junior e Haase (2005) as intervenções multidisciplinares geralmente combinam acompanhamentos terapêuticos com medicamentosos, contudo, prima-se pelo medicamento e quando não há bons resultados busca-se incluir as psicoterapias como tratamento complementar.

Outros dois psicólogos responderam que realizam tratamentos exclusivos da Psicologia, tais como a Psicoterapia Psicanalítica e a Psicoterapia Cognitivo Comportamental. Segundo Sena e Souza (2008, p. 254), as abordagens psicoterapêuticas ajudam o sujeito em sua autoinstrução, de forma que se monitore e se avalie autonomamente e desenvolva outras habilidades como solucionar problemas utilizando “[...] planejamento e cronogramas, sistema de pontos, punições, tarefas de casa, modelação e dramatização como meios de se trabalhar o autocontrole e a melhora sintomática”. Dessa forma, o sujeito com diagnóstico de TDAH aprende a olhar para si, ter autoconhecimento e a partir disso aprender, desenvolver e lidar com o mundo.

De forma semelhante a esse trabalho, a P7 respondeu que realiza o que chamou de “mediações”, que segundo sua explicação é uma intervenção de conscientização que ela realiza ajudando o próprio sujeito diagnosticado a se conhecer, identificando suas fragilidades e potencialidades, de forma que por meio desse autoconhecimento aprenda a lidar com suas

emoções e processos de aprendizado. Por fim, a P4 relatou que recomenda uma boa avaliação de desenvolvimento para compreender o que de fato está comprometido e atuar em cima dessa falha, o que geralmente acontece por meio de atividades lúdicas que proporcionam o desenvolvimento de habilidades como a atenção.

Vemos que muitos psicólogos preferem transferir o caso para outros que tenham especialidade no atendimento de crianças e/ou adolescentes com diagnóstico de TDAH ou, ainda, para outros especialistas como médicos e psicopedagogos. Em nossa perspectiva essa transferência de responsabilidade no momento do tratamento se deve à compreensão dos psicólogos do TDAH como fator biológico que deve ser tratado por profissionais como neurologistas, que geralmente utilizam os tratamentos medicamentosos, os quais não podem ser realizados por psicólogos. Novamente constata-se uma ancoragem da visão de TDAH em um fator biológico, logo, que precisa ser medicado.

Há, também, uma preferência dos entrevistados pelos tratamentos multidisciplinares, ou seja, casos em que a criança com diagnóstico de TDAH deve passar por diferentes profissionais clínicos em que um trata dos aspectos emocionais, outro do processo da aprendizagem, outro trabalha as questões biológicas. Atualmente em todas as áreas temos profissionais especialistas, fragmentando as grandes ciências, no campo da Saúde não é diferente. Devemos ter a cautela de não sobrecarregar a criança com múltiplas atividades clínicas que podem reforçar mais as dificuldades e interferir em sua autoestima.

Para compreender a relevância desses tratamentos na vida de crianças e de adolescentes com diagnóstico de TDAH, questionamos os benefícios e os malefícios de cada um citado (multidisciplinar, psicológico, mediação e encaminhamentos para outros profissionais). Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 12 - Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo A

(continua...)

SUJEITO	TRATAMENTO	BENEFÍCIOS	MALEFÍCIOS
P1	Encaminhamento	“O benefício é, é imediato. É..., é o resgate da atenção, a capacidade de poder participar de uma aula, da melhor maneira, sem um sofrimento”.	“[...] Os, negativos, que eu vejo é, quando não é diagnosticado, você deixa a criança à própria sorte [...]”.
P2	Psicanálise	“[...] a gente vê que esse sintoma diminui [...]”.	“[...] quando tem interferência dos pais, que tiram antes do tempo [...]. Os pais, a escola, acabam achando que demora [...]”.

SUJEITO	TRATAMENTO	BENEFÍCIOS	MALEFÍCIOS
P3	Psicoterapia Cognitivo Comportamental	“[...] quando envolve essa área emocional [...] Que a gente pode ir trabalhando essas questões que estão afetando nessa, na concentração, na hiperatividade”.	“[...] não é malefício, mas, é um processo demorado”.
P4	Avaliação de desenvolvimento	“[...] Da outra forma, a questão de trabalhar com a criança, as atividades com as famílias, eu vejo mais questão de benefícios [...] uma via de desenvolvimento [...]”.	“[...] o tratamento medicamentoso [...] eu posso falar o que eu observo em termos de comportamento [...] mas a gente vê relato de criança com anorexia, de não querer comer, tem uma grande perda de peso [...]”.
P5	Multidisciplinar	“[...] se de fato ele tem um transtorno o tratamento só vai vir a trazer benefícios [...]”.	“[...] Os malefícios a gente sabe que, é..., quando envolve aí, uma substância química ou um medicamento, ele sempre vai estar trazendo efeitos colaterais. Vão estar trazendo outros problemas que dá vão precisar estar sendo minimizados [...]”.
P6	Multidisciplinar	“[...] O positivo é o entender melhor o funcionamento [...] forma dessa criança aprender [...]”.	“Olha, malefício não tem muito, mas, sempre vai ter alguma coisa porque você vai interferir na rotina de vida da criança [...]”.
P7	Mediação	“Eu acredito em benefícios que as mediações trazem, no sentido de conscientização desse sujeito [...]”.	“[...] Se, em algum momento, eu noto, que pode haver um malefício quanto ao tratamento, como, por exemplo, o medicamento, que não sou eu que prescrevo. Mas eu acompanho, sei o que acontece, eu procuro me posicionar [...]”.
P8	Encaminhamento	“[...] o benefício, eu penso, que se tiver uma medicação que ajude essa criança a pensar e se localizar no espaço escolar e dar o máximo do que ela consegue dentro daquilo que ela é. E acalmá-la, ela vai ter uma qualidade de vida, melhor”.	“[...] eu acho que o perigo muito é o rótulo” [...]. Há um exagero, na medicação, há um exagero de atividades [...]”.
P9	Encaminhamento	“[...] os benefícios geralmente é a tomada de consciência, geralmente é a consciência das dificuldades que a pessoa tem [...]”.	“[...] o que muitas vezes acontece é que as pessoas não levam o atendimento até o final [...]”.
P10	Encaminhamentos	“[...] desde que bem articulados eles possibilitam o desenvolvimento da criança [...]”.	“Olha, malefícios se eles são mal conduzidos. [...] pode reforçar o estereótipo de que o problema é da criança [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A exemplo dos benefícios e malefícios dos encaminhamentos, que foram os mais citados, explicitamos a fala do P1:

O benefício é, é imediato. É..., é o resgate da atenção, a capacidade de poder participar de uma aula, da melhor maneira, sem um sofrimento. De estar sempre atrás dos outros colegas, é evitando, de alguma maneira *bullying*. É... Os, negativos, que eu vejo é, quando não é diagnosticado, você deixa a criança à própria sorte. Se tiverem professores atenciosos, que tentem resgatar de alguma maneira a aprendizagem dela, pode ter um fim melhor, mas se ele não tiver amparo nem da família e nem da escola, é certo que vai ser uma pessoa que vai sofrer bastante no meio.

Sobre os tratamentos psicológicos (Psicoterapia Psicanalítica e Cognitivo Comportamental) a P2 e a P3 evocaram como benefícios a “queda dos sintomas de desatenção, agressividade e equilíbrio emocional”. Já os malefícios seriam as cobranças por parte da família por “resultados rápidos”, visto que esse tratamento é um “processo demorado”. A P7 que realiza a mediação como tratamento evocou como benefícios a “conscientização” e afirma não ter malefícios; no entanto, explicitou que quando há indícios de aspectos negativos, geralmente estes advêm dos medicamentos. Essa evocação da medicação como (possível) aspecto negativo se repetiu também nas falas da P4, P5 e P8, indicando que concomitantemente a seus tratamentos psicológicos para casos de TDAH há um medicamentoso.

Ainda na categoria de tratamentos, questionamos a opinião do grupo A sobre as formas de tratamentos existentes para o TDAH. As respostas apontam que, para quatro entrevistados é necessário o conjunto de tratamentos medicamentoso e psicológico, mesmo que na opinião de três deles (P5; P6 e P7) o medicamento seja visto como algo não tão benéfico. Estes aferem que o tratamento multidisciplinar é “essencial e mais importante”. Vejamos o argumento da P7:

Então, a parte medicamentosa é muito polêmica, na minha opinião, e muito questionável, mas eu não sou contra, em princípio. O que eu acredito que deve haver é um monitoramento; tanto da família, quanto do pessoal da escola e dos profissionais especialistas que pegam, *ahn...*, tenham a oportunidade de estar com essa criança assim, em alguma amostra, ao longo do seu período semanal, por exemplo. Uma ou duas sessões semanais, consistem, a meu ver, uma amostra, mas de possível monitoramento sim, porque as atividades é que podem desenvolver, que são, desenvolvidas *numa* sessão de tratamento; elas, podem ser muito importantes para *feedbacks*. [...] se esse medicamento está de fato surtindo efeito e de que maneira é. Eu considero muito importante o trabalho inter e multidisciplinar nessa questão aí (P7).

A utilização de medicamentos em casos de TDAH está tão enraizada nos discursos médicos que mesmo com estudos e o próprio reconhecimento por parte dos psicólogos sobre

sua não eficácia e os efeitos colaterais, ele ainda é citado como parte do tratamento. Em consonância com esse discurso, Camilo (2014) constatou em sua pesquisa que profissionais da área da Saúde, como os psicólogos, em suas narrativas sobre “o medicamento como auxílio social e do aprendizado” evidenciam que a capacidade de relacionamento pode ser facilitada pelo medicamento, logo, ancoram-se em propostas de medicalizar problemas da vida cotidiana com fármacos, constituindo, dessa forma, o controle social.

Em duas narrativas vemos uma posição totalmente contra os medicamentos (P2 e P10), ainda que uma delas acredite que ele seja bom em casos de comorbidades:

Olha, o medicamento, indicado para criança com TDAH, eu vejo como resultado positivo somente em crianças que têm outros transtornos associados. Então, assim, autistas [...] a medicação é um recurso que eu entendo que ele acaba tornando a criança dependente. [...] Há aquelas que não se adaptam à medicação, [...] elas ficam em um estado alterado, elas rechaçam muito. Mas há aquelas que ficam tranquilas, e que percebem que, o seu comportamento motor fica mais controlado, e a atenção mais focada [...] algumas crianças tendem a querer manter o uso da medicação porque elas ficam menos irritadas. Porque a medicação faz o processo de inibição é..., neuroquímico que realmente a criança ela não se atenta ao que está em volta, ela fica realmente focada, isso faz com que também ela fique em um estado menor de ansiedade. Então algumas crianças acabam diminuindo a possibilidade de desenvolver recursos próprios para lidar com esses eventos cotidianos em razão da medicação. Por isso que sou contrária ao uso de medicação, porque entendo que a gente tem que potencializar o desenvolvimento da criança [...] (P10).

Conforme salientado na seção três sobre os efeitos colaterais dos medicamentos à base de MFD, além da possível dependência que as anfetaminas podem causar, temos a possibilidade de diminuição de apetite, perda do sono e até outros mais graves como taquicardia. Gonçalves (2016) constatou em sua pesquisa que o uso desses medicamentos sempre possui efeitos colaterais, em pessoas com ou sem o transtorno, o que muda entre um indivíduo e outro é a capacidade de suportá-los. Silva (2016, p. 80) também destaca em seu estudo com mães de crianças que utilizam MFD no tratamento de TDAH que alguns efeitos como “[...] diminuição do apetite, lentidão, quietude, apatia, distanciamento das pessoas, em alguns momentos, irritação e nervosismo [...]” são observáveis frequentemente e apontados como negativos e não desejáveis.

Constatamos que apenas dois psicólogos optaram por opinar sobre tratamentos diferentes, sendo a Arte (P8) e a Psicopedagogia (P9). Esses tratamentos não medicamentosos deveriam ser amplamente divulgados e estudados para serem vistos como novas formas de potencializar a atenção e desenvolver o comportamento, podendo ser utilizado tanto para

transtornos quanto para déficits advindos de falta de estímulos. Também é importante que sejam desenvolvidas novas pesquisas sobre essas formas de tratamento, a fim de evitar a necessidade de medicamentos.

Uma psicóloga afirmou que cada caso precisa de um tratamento (P3) e outra ressaltou a necessidade de o profissional ter qualificação para tratar de casos com TDAH (P4). Relembrando as discussões da seção dois, para saber qual tratamento encaminhar é necessário saber o que está causando as queixas de desatenção e hiperatividade. Mas se não temos certeza do que é TDAH e ainda assim diagnosticamos um determinado comportamento como tal, dificilmente teremos um tratamento eficaz, seja qual for; mas no caso de uso de medicamentos, isso pode se agravar devido aos efeitos colaterais que os mesmos apresentam, conforme vimos na seção três com as bulas de medicamentos à base de metilfenidato.

Para finalizar essa categoria questionamos quais formas de tratamentos do TDAH que o grupo A mais utiliza, ou seja, na área de Psicologia, quais as formas de tratamentos mais utilizadas. Vejamos as evocações no quadro a seguir:

Quadro 13 - Formas de tratamentos mais utilizadas pelos psicólogos para TDAH

(continua...)

SUJEITO	TRATAMENTOS UTILIZADOS NA PSICOLOGIA
P1	“[...] trabalho o sofrimento psíquico que ele traz, que é consequência ou comorbidade desse transtorno. Então eu trabalho com psicoterapia, com orientação na psicanálise”.
P2	“[...] A gente trabalha com o emocional [...] A gente ajuda a compreender [...] as crianças normalmente não falam. Assim diretamente, mas elas trazem através de brincadeiras, através de histórias, então, a gente vai entrar nessa história para ajudar a entender o que está acontecendo com ela [...]”.
P3	“[...] a psicoterapia”.
P4	“[...] é importante eu ajudar essa criança a desenvolver organizadores mentais, muitas vezes com o apoio visual, para entender cada uma das etapas que ela tem que fazer e não se perder no meio da atividade, o que eu vejo que é bem comum [...]”.
P5	“[...] eu trabalho muito com ludoterapia, também trabalho com a parte de você conseguir centrar a atenção da criança, identificar os pontos que essa criança realmente tem mais defasagem, onde estão essas defasagens, [...] trabalho com a orientação da família [...]”.
P6	“[...] no meu caso é um processo de psicoterapia, de acompanhamento, esse processo de customizar mesmo metodologia de ensino para ajudar a criança. Com coisas mais lúdicas [...] e esse processo de equilíbrio emocional, de tolerância, de amadurecimento da criança mesmo [...]”.
P7	“[...] utilizo atividades, materiais que estimulem a atenção. Muitas vezes com conteúdos motivadores ou temas, ou assuntos de interesse dessa criança”.
P8	“[...] médico, psicopedagogo e psicólogo [...]”.
P9	“[...] conversas, eventualmente jogos, situações práticas ou até algumas questões escolares, mesmo”.

SUJEITO	TRATAMENTOS UTILIZADOS NA PSICOLOGIA
P10	“[...] desenvolvimento de atenção. [...] vai depender qual é o motivo que está interferindo na atenção dela. Se é uma criança que está depressiva, é uma criança que está com alguma outra patologia que possa interferir no seu processo emocional, a gente vai trabalhar com o desenvolvimento emocional [...] em razão do processo geral [...] desenvolvimento dessa competência [...] trabalho muitos com jogos, com atividades diferenciadas [...], contação de histórias [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Vemos que seis psicólogos citaram que seus tratamentos são voltados exclusivamente para questões emocionais, sendo que três utilizam psicoterapia, podendo ou não utilizar meios lúdicos como as brincadeiras como forma de intervenção. Outros três utilizam tratamento para promover o desenvolvimento ou estimular a atenção e os organizadores mentais, o que se volta para o desenvolvimento ou potencialização de habilidades. Uma das entrevistadas disse que o tratamento do TDAH geralmente é feito com médico, psicopedagogo e psicólogo, sendo de sua competência apenas o acompanhamento emocional do sujeito.

A última categoria de análise é “Medicamentos”. Aqui podemos identificar as representações sociais de medicalização dos psicólogos, ainda ancoradas nos discursos médicos. Para tanto, questionamos se eles consideram que o medicamento contribui para um melhor desempenho escolar da criança. As respostas encontram-se no quadro a seguir:

Quadro 14 - Opinião dos psicólogos sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH

(continua...)

SUJEITO	OPINIÃO SOBRE MEDICAMENTO
P1	“Contribui de maneira significativa, porque, como eu já disse, resgata a capacidade dela trabalhar na escola igual aos colegas”.
P2	“Olha, a Ritalina a gente vê que ela contribui, mas tem também o lado negativo, né? É que eu acho que é uma solução imediatista [...]”.
P3	“Então, em alguns casos eu vi que contribuiu, mas em outros eu vejo que trouxe, é..., outros, sintomas e também teve casos que a gente foi tentando parar a medicação, junto com o médico e a criança continuou indo bem na escola”.
P4	“Como eu já disse, não. O remédio, o medicamento ele não gera aprendizagem [...]”.
P5	“[...] Não é o medicamento que vai fazer o trabalho do professor. O professor precisa assumir a prática dele enquanto profissional que vai ter uma ação efetiva em relação ao trabalho pedagógico que será desenvolvido com essa criança [...]”.
P6	“Contribuem se estiverem associados ao acompanhamento psicológico, psicopedagógico, escolar, familiar [...]”.
P7	“[...] eu tenho notado que, o objetivo maior é que são elementos que acionam os neurotransmissores no sistema nervoso central e em algumas regiões específicas, de modo que o estado de alerta e a atenção focada seja beneficiada, né? [...]”.
P8	“Eu considero [...]”.
P9	“[...] eu te diria que sim, depende do contexto, pode ser que sim. Tem casos em que não [...]”.

SUJEITO	OPINIÃO SOBRE MEDICAMENTO
P10	“Medicada geralmente sobe o desempenho. [...] como inibe, a questão de, ajuda no processo de inibição que é a função da atenção, ela fica mais focada [...] mas isso está ancorado na medicação, não em habilidades desenvolvidas por ela, então suspendeu a medicação a habilidade não foi estabelecida [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Vemos, portanto, que cinco psicólogos consideram que o medicamento contribui para o melhor desempenho escolar, mesmo que alguns salientem que ele traz malefícios ou não seja a melhor alternativa de tratamento. Isso é preocupante, pois se pensarmos que as dificuldades escolares emergem, também, de fatores como metodologias pedagógicas inadequadas, falta de estímulos que desenvolvam as funções cognitivas, dentre outros externos ao sujeito, não haveria necessidade de medicar o aluno, mas, sim, de trabalhar os focos de origem desse déficit.

Segundo Barroco, Facci e Moraes (2017) há um padrão de organização na sociedade burguesa que dita os parâmetros de “normalidade”. Qualquer divergência desse padrão induz que o sujeito deve tratar individualmente de seus problemas que, por outro lado, é produzido socialmente. Ora, temos com o avanço da sociedade tecnológica e burguesa, novos padrões de comportamento, mas que se fogem ao esperado (bom desempenho acadêmico e ampla produção que visa lucro), devem ser resolvidos de modo pessoal, excluindo todo o contexto societário, o que resulta em uma visão sobre o indivíduo por uma perspectiva patológica, logo, com tratamentos medicamentosos.

Essa insistência na utilização de medicação no tratamento de crianças desatentas e hiperativas está relacionada com a resistência na mudança de tratamentos alternativos (arteterapia; psicanálise, entre outras) e do próprio paradigma do comportamento humano. Isso caracteriza o núcleo central da significação da medicação como respostas a todos os problemas, promovendo a perpetuação da cultura da medicalização. Essa visão do sujeito não está coerente com esses profissionais que deveriam defender novas formas de lidar com as queixas do suposto TDAH pelo prisma das relações sociais, das mudanças culturais que influenciam no desenvolvimento do sujeito, tanto nas questões emocionais quanto para além delas.

Em contrapartida dois psicólogos responderam que o medicamento não contribui para o melhor desempenho escolar. Outros dois disseram que depende de cada caso, pois em alguns o medicamento pode ajudar e em outros não. A P7 respondeu os objetivos da medicação de acordo com o que ouviu de outros médicos, mas não ficou claro se ela considera que o mesmo ajuda no desempenho escolar ou apenas contribui para questões biológicas.

Se há uma queixa que parte das dificuldades escolares com base em desatenção e hiperatividade, deveríamos privilegiar os tratamentos que potencializam as habilidades

cognitivas e ajudam o indivíduo a superar suas dificuldades, a fim de conquistar a aprendizagem e o desenvolvimento de direito. Mediar uma dificuldade escolar é alimentar sua patologização, é afirmar que a escola não é capaz de promover a formação de crianças e adolescentes, fadando-a ao fracasso e perpetuando uma cultura de medicalização em que todos crescem acreditando que há uma cura medicamentosa para todos os problemas cotidianos.

Esse discurso culmina com os dados obtidos nas pesquisas no campo da Educação, que evidenciaram a patologização na escola. Vemos, portanto, um discurso que surge das mídias e demais organismos interessados, que visa influenciar professores e outros profissionais, como os psicólogos. Juntos, lançam um olhar biologizante sobre a criança, em que o único meio de tratamento é a medicação.

Considerando o exposto, o medicamento, por si só, não contribui para um melhor desempenho escolar. Para tanto, é necessária uma intervenção que promova o desenvolvimento cognitivo, o que demanda um trabalho com as habilidades, com as funções psicológicas superiores. Isso é papel da escola, do professor em sala de aula, e quando não é suficiente o sujeito deve ser amparado com acompanhamentos psicológicos, mas sem uso de medicação.

Em consonância com nossos estudos encontramos autores que também observaram uma significativa influência do olhar patológico em relação ao diagnóstico e tratamento do sujeito com um suposto TDAH, em que os problemas de aprendizagem são vistos pelos clínicos e/ou professores como algo a ser medicalizado (CAMILO, 2014; OLIVEIRA, 2015; CAMIZÃO, 2016; SILVA, 2016; ARANTES, 2017; LIMÃO, 2017; BOTELHO, 2018).

Ao questionarmos se os medicamentos possuem mais benefícios ou malefícios constatamos que quatro psicólogos acreditam que possuem mais malefícios (P3, P4, P5 e P10). Apenas dois acreditam que os benefícios são maiores (P1 e P6). Outros dois disseram que depende do caso (P2 e P9) e o restante (n=2) não soube responder (P7 e P8).

Percebemos que há controvérsias em torno do medicamento como tratamento para o TDAH, cujas causas foram evocadas como sociais. Ao mesmo tempo em que ele é visto pela maioria como um tratamento que traz mais malefícios é, também, visto como necessário, seja de forma “indispensável” ou em “alguns casos” como evocaram os entrevistados do grupo A. As narrativas dos psicólogos em torno do TDAH e do tratamento medicamentoso estão ancoradas em discursos disseminados entre os profissionais da área da Saúde e as objetivações muito pautadas em fatores biológicos, ainda que haja uma explicação social para suas causas.

À luz da teoria proposta por Abric (1998), discípulo de Serge Moscovici, essas controvérsias em relação ao uso de medicamentos para tratar o comportamento desatento e hiperativo revelam que, de um lado temos o núcleo central – os discursos médicos – que dão

origem às representações visto que são elaboradas e perpetuadas pelo grupo e suas memórias coletivas com um consenso – crianças com a tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade possuem um transtorno biológico, TDAH – resultando, portanto, na representação social de um TDAH biológico. Por outro lado, temos o sistema periférico, ou seja, os valores morais, individuais, que possuem integração com as experiências e transformam as significações, como vemos nas causas do suposto TDAH – social – sendo mais sensível ao contexto de forma flexível e muitas vezes contraditória ao núcleo central – crianças desatentas, hiperativas e impulsivas agem assim pela influência do meio.

Nessa concepção vemos que a compreensão de TDAH dos psicólogos aqui entrevistados não condiz com o que de fato eles veem na prática, logo, os diagnósticos desse transtorno sobre as crianças desatentas e hiperativas ou são falsos ou são equivocados, logo, temos crianças e adolescentes com supostos diagnósticos e sendo tratadas de forma inadequada.

Precisamos, agora, confrontar esses dados com a de outros grupos, para verificarmos se há uma contradição ou uma homogeneização das representações de TDAH e tratamento medicamentoso para fonoaudiólogos, psicopedagogos e médicos.

A seguir, apresentamos os dados obtidos no grupo das fonoaudiólogas, em seguida os demais profissionais entrevistados.

6.1.2 Grupo B: Desatenção por comprometimento do processo auditivo e a medicalização

Nesta subseção apresentamos os resultados obtidos do grupo B, formado pelas fonoaudiólogas, iniciando com a apresentação da categoria “Conhecimento sobre TDAH”. As respostas para a pergunta “Em sua prática profissional você atende ou já atendeu crianças e/ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH? Há quanto tempo?”, foram apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 15 - Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo B

SUJEITO	RESPOSTA	TEMPO
F1	Sim	Há 15 anos.
F2	Sim	Há 6 anos.
F3	Sim	Há 3 anos.
F4	Sim	Há 1 ano.
F5	Sim	Há 18 anos.
F6	Sim	Há 7 anos.
F7	Sim	Há 5 anos.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No quadro acima vemos que o caso mais antigo de atendimento fonoaudiólogo às crianças com diagnóstico de TDAH foi há 15 anos neste grupo, mas ainda nos deparamos com esses casos nas clínicas, segundo as entrevistadas. A F7, por exemplo, relata que “[...] na clínica particular não vinha com diagnóstico, e aqui, que é prefeitura, alguns vêm com diagnóstico já com TDAH e eu acredito que não seja [...]”. Portanto, crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade já chegam nas clínicas de fonoaudiologia com o diagnóstico de TDAH, mas segundo a F7 não se trata de um transtorno de fato.

Vimos na seção dois que antes de se fechar o diagnóstico de TDAH é importante realizar avaliações e exames que descartem outras possibilidades de desatenção e hiperatividade, como a prevalência de uma respiração oral. Mas o que constatamos com as narrativas das fonoaudiólogas entrevistadas é que se percorre o caminho inverso, primeiro se faz o diagnóstico e depois, provavelmente com a ineficácia do medicamento ou outros tratamentos, encaminha-se para estes profissionais verificarem possíveis comprometimentos não advindos de um transtorno, mas, sim, de uma obstrução nasal, como exemplificado na fala da F7.

Milanesi (2016) constatou em seus estudos que crianças com respiração oral possuem implicações no sono, impedindo que tenham um descanso reparador, causando irritações, déficits de atenção, bem como na memória de trabalho, dentre outros impactos cognitivos e

comportamentais. Algumas características comportamentais e cognitivas como a hiperatividade e a desatenção são comuns tanto a respiradores orais quanto aos sujeitos com TDAH. Por isso é necessária uma investigação completa para ter um diagnóstico assertivo, se for o caso.

Ao questionarmos quem faz mais encaminhamentos para as fonoaudiólogas entrevistadas, verificamos que em cinco casos são os médicos que encaminham para tratamentos fonoaudiológicos, sendo estes pediatras e neuropediatras. Duas fonoaudiólogas que atendem pelo município afirmam que as escolas fazem mais encaminhamentos para suas áreas. Apenas uma afirmou ter os encaminhamentos pela Equipe da Saúde da Família, por se tratar de um atendimento público. Estes resultados, comparados com as respostas dos psicólogos entrevistados, possuem semelhança no que se refere a quem mais faz os encaminhamentos, ou seja, os médicos.

Na questão “O que é TDAH para você?”, verificamos em cinco respostas uma objetivação na questão social, ou seja, o transtorno é significado como uma “dificuldade”. As principais evocações foram: “dificuldade de se concentrar” e “dificuldade de atenção”. Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 16 - Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo B

SUJEITO	DEFINIÇÃO	OBJETIVAÇÃO
F1	“Um transtorno do déficit de atenção, com ou sem hiperatividade [...]”.	Biológico
F2	“[...] é uma dificuldade que a criança tem de se concentrar [...]”.	Social
F3	“[...] aquela criança, que tem, dificuldade de atenção [...]”.	Social
F4	“[...] a dificuldade da criança, né?, de se concentrar [...]”.	Social
F5	“Déficit de atenção, hiperatividade, que vai levar toda a consequência de dificuldade escolar, aprendizagem [...]”.	Social
F6	“São as crianças com dificuldade, né? De... se concentrar [...]”.	Social
F7	“É um transtorno, que a criança apresenta, [...] uma agitação muito grande, que não consegue ficar atenta às atividades educacionais”.	Biológico

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Essa objetivação em fatores sociais está ancorada em vivências clínicas, ou seja, com bases nas experiências de atendimentos no consultório, no contato com as crianças desatentas e hiperativas, cinco fonoaudiólogas consideram que o TDAH é uma dificuldade que a criança apresenta por algum fator social influente. A F3, por exemplo, o define da seguinte forma:

[...] eu tenho aquela visão assim, que é aquela criança, que tem, dificuldade de atenção, que na escola de, é..., não consegue manter a atenção para fazer as atividades, que geralmente algumas professoras relatam, né? Que é hiperativa,

que conversa muito, crianças que não mantêm atenção na atividade ou que tem aquelas crianças que além de não atenção é muito hiperativa, né? Para mim é mais ou menos isso (F3).

De forma semelhante ocorre com as demais fonoaudiólogas que objetivaram esse mesmo fator. Os dois casos divergentes apresentam objetivações em fatores biológicos (transtorno neurobiológico). Quando falamos em transtorno falamos em questões neurobiológicas que podem ter repercussão comportamental, cognitiva, entre outras, mas a princípio têm causas biológicas. Já quando falamos em dificuldades nos apoiamos em fatores sociais como: falta ou excesso de estímulo, dentre outros aspectos que impedem a atenção focada e a concentração, podendo ser superada com os estímulos corretos.

Se compararmos as representações do TDAH entre as profissionais da fonoaudiologia, assim como entre os psicólogos, notamos divergências. Temos um grupo que compreende o TDAH como fator biológico e outro como fator social, não sendo exatamente um transtorno. Isso nos é surpreendente, visto que a Fonoaudiologia também advém da Medicina e muitos autores de sua área caracterizam o TDAH como um transtorno mental ou neurobiológico (BARINI, 2014; BARINI; HAGE, 2015; MACHADO-NASCIMENTO; KÜMMER; LEMOS, 2016), no entanto, as entrevistadas do grupo B demonstraram um olhar mais externo ao sujeito do que os psicólogos e as literaturas científicas.

Perguntamos em seguida o que causa o TDAH e diferentemente da definição apresentadas por elas, na questão anterior, tivemos mais explicações pelo viés biossocial (n=3):

Quadro 17 - Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo B

SUJEITO	CAUSA	OBJETIVAÇÃO
F1	“[...] tem causas ambientais, tem causas orgânicas, tem causas, de repente de maturidade [...]”.	Biossocial
F2	“Várias coisas, né? Desde, é..., criança autista, é..., uma criança que tem dificuldade, é, muito agitada, que não para [...]”.	Biossocial
F3	“[...] um pouco de casa, acho um pouco dessas coisas vem de uma falta de educação em casa [...]”.	Social
F4	“Eu acredito, mais na questão comportamental, a questão de educação [...]”.	Social
F5	“[...] tanto social, quanto o meio, quanto também a parte..., é, neuronal [...]”.	Biossocial
F6	“Boa pergunta [risos]”.	-
F7	“[...] mais a nível funcional [...]”.	Biológico

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As causas para TDAH podem ser, na visão das fonoaudiólogas, oriundas de multifatores, desde a questão biológica até a questão social, portanto, trata-se de um transtorno

de ordem biossocial no entendimento da maioria dessas entrevistadas. Vejamos como exemplo a fala da F1:

Não sou a pessoa certa para falar, eu a..., pelo que eu estudo, pelo que eu vejo, escuto e tudo, tem causas ambientais, tem causas orgânicas, tem causas, de repente de maturidade. Eu, acho que não tem uma causa específica, só, “isso que causa”. Acho que está se estudando muito ainda. Porque eu vejo na minha prática clínica muitas crianças diagnosticadas com TDAH e que não são TDAH. Eu vejo criança com perda de audição, criança com rolha de cera, criança com otite, tomando Ritalina, com diagnóstico de TDAH e quando vem fazer uma audiometria dá alterado. Então eu vejo que tem muito diagnóstico errado. Que a mãe quer que o filho tenha TDAH para dar Ritalina, para poder acalmar aquela criança porque ela não sabe educar. Tem muita criança que tem TDAH realmente, que eu vejo, eu tenho crianças no consultório que sem a medicação é impossível de, de se conviver, que realmente necessitam daquela, daquela medicação, daquele tratamento e que tem crianças que não, que eu vejo que é..., falta de educação em casa, falta de, de amparo, muitas vezes, de carinho, quer chamar atenção, outras são questões orgânicas, outras são, em relação à audição, à visão ou até outros problemas. Então nesse ponto eu vejo que ainda se mistura muito. O que causa, como tratar, ainda precisa ser mais específico. Principalmente vindo dos neurologistas (F1).

Assim como a narrativa da F1, outras fonoaudiólogas ancoraram suas objetivações biossociais ora em discursos médicos (fator biológico), ora em suas práticas (fator social), evidenciando uma mistura entre o que de fato é um transtorno e o que seria uma dificuldade, conforme evocado por algumas na questão anterior.

Apenas duas fonoaudiólogas (F3 e F4) mantiveram a definição e a causa com a mesma objetivação, sendo a social: “[...] hoje em dia muitas crianças têm TDAH porque a própria família não, não tem, não tem uma base de como trabalhar com aquela criança, então, daí hoje as crianças são muito agitadas e eu acho que entram muito precoce na escola, são crianças que ainda não estão em fase de sentar em uma cadeira, se concentrar [...]” (F4). A F6 não soube responder.

Chama-nos a atenção o fato de que os psicólogos entrevistados patologizaram os comportamentos hiperativos e desatentos, pois muitas abordagens terapêuticas costumam olhar para o sujeito por meio de suas histórias, suas relações interpessoais e outros aspectos mais culturais do que orgânicos. Enquanto que o grupo de fonoaudiólogas que poderiam representar as causas do TDAH como predominantemente biológicas o significaram como bio + social ou totalmente social. Assim, apontam que a desatenção e hiperatividade, dentro dessa área, podem ter origem orgânica, como uma rolha de cera ou uma respiração oral, cujas implicações podem ser essas duas queixas. Aliando com suas compreensões de TDAH, as representações do grupo

B revelam, ainda, que a desatenção e a hiperatividade nem sempre estão ligadas a patologias, mas, podem, também, ser oriundas de fatores socioculturais.

Finalizando essa categoria, questionamos: “O TDAH seria mesmo uma invenção da mídia ou da indústria farmacêutica?” Das sete fonoaudiólogas entrevistadas, seis responderam que o referido transtorno não é uma invenção. Vejamos o exemplo da F2 que argumenta:

Eu não acredito que seja uma invenção. Só que, eu também não acho que seja um transtorno, eu não gosto muito desse diagnóstico: “transtorno”. Igual a gente *põe*, “distúrbio da linguagem”, eu também acho que, é uma palavra horrível. Mas eu acho que não é, [...] eu acho que existe uma dificuldade da criança aprender, de entender o conteúdo, de armazenar esse conteúdo, de assimilar a disciplina, de focar a atenção. Às vezes explicando de forma diferente ela vai entender melhor e eu acho que existem outros meios, mas eu não concordo com isso não, eu acho que esse laudo é muito forte [...] generaliza muito, acho muito pesado (F2).

Existem poucos trabalhos que investigam o TDAH na área da Fonoaudiologia, dentre os encontrados temos estudos que associam o transtorno a um comprometimento de linguagem, ao processamento auditivo, dentre outras condições que, na visão dos autores, são tratadas como comorbidade (PEREIRA; SANTOS; FEITOSA, 2013; BARINI, 2014; BARINI; HAGE, 2015; MACHADO-NASCIMENTO; KÜMMER; LEMOS, 2016). Dessa forma, as narrativas do grupo B sobre a existência do transtorno estão em consonância com a literatura científica dessa área, ainda que as ancoragens sejam mais em suas práticas.

Apenas uma entrevistada concorda plenamente com a ideia de que a mídia ou a indústria farmacêutica pode ter inventado esse transtorno: “Eu acredito que sim, porque [...] tanto o TDAH quanto a dislexia é algo muito difícil ter. [...] hoje realmente as crianças não têm mais onde gastar energia. É um mundo muito virtual hoje, então, [...] na hora que chega à escola, que está em contato com outras crianças, ela fica agitada, então vem esse rótulo [...]” (F4).

Dessa forma, a categoria “Conhecimento sobre TDAH” indica que a representação das fonoaudiólogas sobre o que é TDAH está enraizada em fatores sociais, indicando que o déficit de atenção, sobretudo, esteja mais relacionado com nosso meio (a relação familiar, escolar etc.) do que propriamente com as questões biológicas (neuronal, estrutural, entre outras). Nesta concepção, as queixas de desatenção e de hiperatividade não seriam associadas a um transtorno, mas, sim, a uma dificuldade advinda de falta de estímulos adequados. A compreensão de que o TDAH não é uma invenção, nesse contexto, se pauta na existência real de comportamentos hiperativos e desatentos, mas conforme salientado, não como um laudo a ser executado.

Adiante, apresentamos os dados coletados na categoria “Diagnóstica do TDAH” do grupo B, iniciando pela questão: “quais instrumentos você utiliza para realizar o diagnóstico de TDAH?”. Nossas participantes fizeram questão de salientar que não realizam esse diagnóstico, mas utilizam instrumentos de avaliação fonoaudiológicos para verificar como está a audição dessa criança, por exemplo, a fim de constatar a atenção auditiva, a respiração e outros elementos que possam influenciar na concentração e na aprendizagem. Cada profissional citou os instrumentos que utiliza para essas finalidades:

Quadro 18 - Instrumentos citados pelas fonoaudiólogas para realização da avaliação fonoaudiológica

SUJEITO	INSTRUMENTOS CITADOS
F1	“[...] audiometria [...], a timpanometria que a gente verifica a pressão do ouvido [...]”.
F2	“[...] desenhos do IAVA [...] ou então eu pego um jogo, um jogo de memória, uma cruzadinha [...] e vejo como está a atenção dessa criança [...]”.
F3	“[...] a gente faz avaliação de linguagem, de leitura e escrita, de desenvolvimento escolar e tudo [...]”.
F4	“[...] eu não fecho diagnósticos [...]”.
F5	“[...] depende de cada criança”.
F6	“[...] discussão de casos [...]”.
F7	“[...] temos alguns protocolos de avaliação [...] se for só TDAH, mesmo, sem dificuldade de aprendizagem nem vem para gente [...] verificar a capacidade dela com os testes que a gente tem, né?, fonoaudiológicos [...] de leitura, teste de memória auditiva, teste de raciocínio rápido [...] se for só comportamental mesmo [...] a gente manda para um neurologista [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Esses instrumentos, em maioria, conseguem detectar problemas orgânicos que afetam a atenção e por consequência podem causar hiperatividade. Quando é o caso, a criança recebe o acompanhamento fonoaudiológico necessário, podendo ser desde tratamentos simples como uma limpeza de ouvido até uma cirurgia mais complexa. Nesse ínterim vemos possíveis casos de desatenção que não são oriundos de TDAH e que não são tratados com Metilfenidato. Se em um processo de investigação diagnóstica esses sujeitos não passam por um fonoaudiólogo, as chances de receber o laudo de TDAH é grande, podendo levar a tratamentos medicamentosos desnecessários e colocando em risco sua saúde.

Assim como salienta a F7, a Fonoaudiologia não atende questões comportamentais, ainda que faça parte da avaliação diagnóstica investigar as causas dos comportamentos hiperativos, por exemplo. Porém, se não for um caso de implicação na aprendizagem e no desenvolvimento, relacionado à linguagem oral e escrita, não será atendido por esse profissional somente. Crianças ou adolescentes com queixas meramente comportamentais são (re)encaminhados para neurologistas ou psicólogos.

A F4 salienta que sua abordagem de trabalho não envolve nenhum diagnóstico, pois considera as necessidades de desenvolvimento, apenas. A F5 afirma que a avaliação fonoaudiológica depende de cada criança, sua faixa etária, série, entre outros fatores.

A participação do fonoaudiólogo na avaliação do sujeito com suspeita de TDAH é necessária para avaliações auditivas que influenciam na atenção, logo, no comportamento, sobretudo de crianças e adolescentes. A falta de uma audiometria nestes casos pode deixar passar um possível comprometimento no processamento auditivo e ser confundido com TDAH, visto que as características destes transtornos possuem uma linha tênue, como demonstrou os estudos de Pereira, Santos e Feitosa (2013):

Os grupos profissionais de médicos, fonoaudiólogos, psicólogos e pedagogos identificam alguns sinais comportamentais como sendo característicos de portador de TDAH e outros de portador de TPA³⁵. No TDAH os sintomas mais evidentes são: dificuldade em brincar silenciosamente, distraído, desorganizado, desatento, hiperativo, irrequieto, muda de um trabalho incompleto para o outro, pouco autocontrole, falta de persistência e apressado ou impulsivo. No TPA os sintomas mais evidentes são: déficit na atenção auditiva dividida, déficit na atenção auditiva seletiva, dificuldade em seguir instruções orais, habilidade de associação auditiva ruim, dificuldade de ouvir em ambiente ruidoso, déficit na atenção auditiva sustentada, dificuldade em discriminar fala e taxa reduzida de processamento da informação auditiva (PEREIRA; SANTOS; FEITOSA, 2013, p. 7-8).

São características que, segundo os autores supracitados, podem ser apontados como pertencentes tanto a criança com TDAH, quanto a criança com Transtorno de Processamento Auditivo. Por isso em sua pesquisa os profissionais investigados (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e pedagogos) tiveram dificuldades em classificar cada “sintoma” com seus respectivos transtornos.

Ainda na categoria sobre o diagnóstico, perguntamos se além dos instrumentos mencionados há realização de entrevistas com outras pessoas do convívio da criança. Todas afirmaram realizar entrevistas com os pais e com integrantes da escola (professores mais próximos). Duas citaram que esse contato com a escola ocorre por meio de carta ou de relatório. A F6 salientou que, por receber encaminhamentos da Equipe de Saúde da Família, realiza entrevistas inclusive com os agentes comunitários próximos a criança.

A última pergunta dessa categoria foi sobre a orientação que eles mais passam para pais e à escola após o diagnóstico.

³⁵ Transtorno de Processamento Auditivo.

Quadro 19 - Orientações mais passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH segundo o grupo B

SUJEITO	ORIENTAÇÃO PARA PAIS	ORIENTAÇÃO PARA ESCOLA
F1	“[...] em casa que ele faça atividades no silêncio, a princípio, sem rádio ligado, pessoas falando; que a família <i>refraseie</i> aquilo que foi falado, então, perguntar se ele entendeu, para que ele fale aquilo que ele entendeu [...]”.	“[...] melhorar o tempo dela, de permanência em sala, o tempo dela de permanência em uma prova, a forma que ela possa receber essa informação [...], de repente gravar o professor falando se é uma disciplina que ela não consegue ir tão bem [...], colocar esse indivíduo sentado mais próximo à fonte sonora, [...] evitar que ele sente perto de porta, sente perto de janela, de ventilador [...] que o professor também possa falar ‘você entendeu?’ [...] se certificar de que aquela mensagem entrou [...]”.
F2	-	“Para a criança sentar na primeira carteira. Procurar não deixar a criança no fundo para não dispersar com outras crianças; se a criança enxerga, não tem dificuldade de visão [...] reforço para essa criança, uma atenção especial [...]”.
F3	“[...] Com os pais a gente sempre trabalha um pouco de comportamento, [...] tentar em casa colocar um pouco mais de limites [...] sentando com a criança, tentando fazer as atividades que tem que fazer”.	“às vezes separar um pouquinho desse amigo que conversa muito [...] da professora sempre estar dando uma atenção maior [...]”.
F4	“Eu sempre estou passando como trabalhar com essa criança [...]”.	
F5	“[...] sozinho a gente não consegue, trabalhar a criança, a gente vai ter que ter essa ajuda conjunta, multiprofissional, e a família faz parte da equipe [...]”.	-
F6	-	“[...] para tirar todas as distrações. Para dar um comando por vez, de focar na atividade [...]”.
F7	“[...] quando a gente vê que ele está bem agitado, [...] ou então voando, desatento, a gente tem que trazer ele para gente de novo. A gente dá o comando, vê se ele entendeu. Então, geralmente tanto para a mãe, quanto para as professoras, a gente fala para toda hora estar chamando, não de forma, rude, nada, mas fazer um sinal, alguma coisa, para ele voltar. Se ele tiver muito agitado conter um pouquinho [...]”.	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A F2 e a F6 não citaram orientações feitas à família. A F5 não citou orientações à escola. A F7 relatou que, geralmente, as orientações são tanto para a família quanto para a escola. Ao observarmos as orientações para os pais, percebemos que muito se centra na ajuda da família para com a criança em atividades escolares, clínicas ou em se certificar de que realmente a criança está atenta e recebeu o comando oral. Já para a escola volta-se mais para uma melhor posição do sujeito em sala, de forma que ajude no foco de atenção e absorção do comando, tudo visando a atenção auditiva.

Analisando as orientações à família, compreendemos que o déficit de atenção que a criança apresenta, bem como a “agitação” em alguns casos, pode ser oriundo de um comprometimento auditivo, dessa forma, não se trata, necessariamente, de um TDAH, mas, sim, de uma falha atencional por rolha de cera, otite não tratada, não desenvolvimento da atenção auditiva, dentre outros fatores biológicos e/ou sociais que podem ser resolvidos com tratamentos fonoaudiológicos, sem menção ao medicamento e sem referência ao TDAH.

Isso fica nítido na fala da F1 que salienta que quem tem déficit de atenção não possui habilidades que ajudam a se manter atento, dessa forma, tais habilidades precisam ser trabalhadas por meio do treinamento auditivo (exercícios que ajudam a desenvolver habilidades como memória, atenção, entre outras). Para tanto, trabalha-se as duas orelhas juntas, orelhas separadas, escutar um sinal específico no meio de um ruído, escutar uma frase e ter que completar, em suma, ouvir e responder de acordo com o solicitado apoiando-se na via auditiva. Na questão biológica, ela exemplifica sobre a implicação da otite mal tratada na atenção auditiva e complementa:

[...] o que a gente sabe, dentro do processamento auditivo e que é comprovado, que as crianças que tiveram otite de repetição na primeira infância, têm um problema de processamento auditivo, isso já é comprovado. Por quê? O que é uma otite? [...] A otite não dá dor. Então você pode ter um resfriado, um nariz entupido, uma garganta inflamada, uma sinusite e um ouvido comprometido. [...] não causa dor, então a criança passa por momentos de privação sensorial. Um dia ela está ouvindo bem, um dia ela não está ouvindo bem, outro dia ela ouve mais ou menos, um dia ela escuta o “pato”, outro dia escuta o “bato”, um dia escuta “fato”, outro dia ela escuta “vaca” e ela perde os parâmetros de comparação do som. Então isso causa uma dificuldade de se manter atenta, auditivamente, de reconhecer, discriminar um som. Então, às vezes, o professor fala “o circo chegou na cidade” e ela entende “o cinco chegou na cidade”. “Cinco o quê? Essa professora está maluca, eu não estou entendendo nada, eu vou fazer outra coisa”, eu vou agitar, vou cutucar meu amigo, eu vou mexer os pés, porque eu não estou entendendo, é como se eu tivesse em outro país escutando informações que não estão sendo acessadas por mim [...] (F1).

Utilizando o exemplo da otite de repetição não tratada citada pela F1, temos uma compreensão clara de um possível déficit de atenção auditivo não relacionado ao TDAH. Conforme visto na seção dois temos várias atenções (auditiva, visual, sensoriais, alerta, entre outras), muitas interligadas à percepção humana, que é outra função psicológica superior. Cada uma delas pode ser mal desenvolvida por inúmeros motivos internos ou externos, que devem ser avaliados em totalidade antes de se firmar qualquer diagnóstico. Pelitero, Manfredi e Schneck (2010, p. 2) salientam que algumas pessoas com dificuldade no processamento auditivo

[...] têm uma probabilidade muito elevada para dificuldades comportamentais, emocionais e sociais. Déficits de comunicação associados às dificuldades de aprendizagem podem ter impacto desfavorável no desenvolvimento da auto-estima e do auto-conceito. [...] O interessante é que podemos caracterizar o comportamento da pessoa com este problema de forma extremamente semelhante ao de uma pessoa com dificuldades de aprendizagem. As semelhanças referem-se à presença de alterações de linguagem; dificuldades com cálculo, leitura e escrita; dificuldades em memorizar; dificuldades em analisar e sintetizar informações; dificuldades em selecionar a figura-fundo; dificuldades para compreender mensagens; dificuldades de atenção (PELITERO; MANFREDI; SCHNECK, 2010, p. 2).

Ainda temos a possibilidade de o sujeito não ter sido estimulado ao ponto de desenvolver a atenção auditiva, por exemplo, como vimos na seção dois dessa tese. Independentemente de uma disfunção ou complicação como a otite, todo indivíduo possui as funções psicológicas superiores (atenção, percepção, praxia, memória, entre outras) que precisam ser estimuladas para seu desenvolvimento. Os estímulos são de ordem social e se não o recebermos desde a tenra idade podemos crescer com uma inabilidade de atenção auditiva, implicando na aprendizagem e causando dificuldades escolares. Dessa forma, entendemos que cada desatenção tem uma causa, logo, um tratamento; por isso buscamos compreender as formas de tratamento mais utilizadas na Fonoaudiologia para crianças com (suspeita de) TDAH.

Passamos agora a apresentar os dados obtidos na categoria “Formas de tratamento”. Notamos que as formas de diagnóstico permitem uma constatação de fatores biológicos que podem causar dificuldades na atenção, sobretudo quando há problemas no processamento auditivo. Como as entrevistadas do grupo B salientaram, não é de responsabilidade da Fonoaudiologia realizar o diagnóstico do TDAH, mas, sim, tratar das implicações fonoaudiológicas que podem causar desatenção e hiperatividade. A maioria das orientações para pais e para a escola se refere a questões externas ao sujeito, tais como ajuda da família e melhor posicionamento em sala para garantir a recepção da informação auditiva. Dessa forma, tudo encaminha para um transtorno com implicações de ordem mais social do que biológica.

A primeira pergunta da categoria sobre tratamento busca responder quais são mais recomendados pelas fonoaudiólogas quando recebem uma criança com suspeita de TDAH e dificuldade de aprendizagem. Vejamos as respostas no quadro 20:

Quadro 20 - Tratamentos mais recomendados pelas fonoaudiólogas para casos de TDAH

SUJEITO	TRATAMENTOS RECOMENDADOS
F1	“Avaliação auditiva, avaliação visual [...] neurologista, de uma avaliação psicológica [...]”.
F2	“[...] encaminhando para psicopedagogo [...] para psicólogo quando tem necessidade [...] alguns casos a gente faz parceria com um médico, com o <i>neuro</i> [...]”.
F3	“[...] recomendo bastante psicólogo [...] psicopedagoga [...]”.
F4	“Primeiro eu investigo a questão auditiva. [...] então eu investigo toda a questão biológica para poder trabalhar. Então..., vou trabalhar através de jogos que focam mais a atenção, através de conversas [...]”.
F5	“Psicólogo, junto, avaliação do meio, psicopedagogo, também, algumas vezes terapeuta ocupacional”.
F6	“Procurar o neurologista [...] daí a gente geralmente trabalha em conjunto com o médico e a escola [...]”.
F7	“Geralmente a gente, encaminha, para verificar se o diagnóstico vai ser finalizado ou não. [...] aí a gente encaminha para <i>neuro</i> , psicopedagoga, psicóloga, e a gente mesma faz uma avaliação. E para tratamento [...] atividades que mantém a atenção, atividades que mantém a atenção auditiva, a memória [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Das sete entrevistadas no grupo B, cinco responderam que encaminham a criança para tratamento com outros profissionais quando se trata de uma suspeita de TDAH e de dificuldade de aprendizagem. Conforme já salientado em categorias anteriores, a Fonoaudiologia não faz diagnóstico e nem tratamento de TDAH, dessa forma, quando a suspeita é de transtorno com dificuldade de aprendizagem encaminha-se para quem realiza esses procedimentos, contudo, seria interessante que se realizasse a verificação do processamento auditivo antes do encaminhamento, visto que elas mesmas acreditam que dificuldades nesse processamento podem impactar na atenção.

Duas fonoaudiólogas responderam que realizam tratamentos mais específicos de sua área, como cita a F4:

Primeiro eu investigo questão auditiva. Que criança muito agitada normalmente ela deve ter ali ou, ou alguma perda leve auditiva ou dificuldade do processamento auditivo central, então eu investigo toda a questão biológica para poder trabalhar. Então..., vou trabalhar através de jogos que focam mais a atenção, através de conversas [...] para ver se uma criança em uma sessão de cinquenta minutos consegue ficar focada. Porque que ela tem um diagnóstico de TDAH, se em cinquenta minutos ela consegue ficar em uma atividade. Mas [...] são atividades do interesse da criança, então, às vezes na escola é mais difícil ela focar porque são coisas que não são do interesse dela. Eu trabalho essa questão, mais da concentração, trabalhar jogos mais focados, atividades mais focadas e investigo toda a parte biológica. Como que está o sono dessa criança, porque crianças que dormem mal são crianças agitadas, então, não é..., é ao contrário do adulto, que se a gente dormir mal, a gente fica “cozida” o dia inteiro, a criança não, ela fica agitada. Então, tem que investigar toda essa questão, como que está sendo o sono dessa criança. Como que está sendo o hábito alimentar dela, tudo isso.

Há uma especificidade muito grande nos tratamentos da área da Fonoaudiologia para déficits de atenção. Para compreender a relevância desses tratamentos na vida de crianças e de adolescentes com suposto TDAH, questionamos os benefícios e os malefícios desses tratamentos citados (encaminhamentos, avaliações auditivas e visuais, jogos de concentração, entre outros). Vejamos o quadro abaixo:

Quadro 21 - Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo B

SUJEITO	TRATAMENTO	BENEFÍCIOS	MALEFÍCIOS
F1	Avaliação auditiva e Encaminhamento	“Quando é bem feito o benefício é 100% [...]”.	“[...] a mãe quer que o remédio faça milagre, ou o médico não encaminha para outras avaliações [...] ou a escola não quer aquele aluno que é diferente em sala [...]”.
F2	Encaminhamento e Multidisciplinar	-	“[...] não chega a trazer malefício [...]”.
F3	Encaminhamento	“[...] alguma coisa a gente tem..., está tentando fazer por eles, que às vezes em casa eles não têm um estímulo, alguma coisa para tentar melhorar essa atenção dele [...]”.	“[...] geralmente a criança se sente muito irritada de ficando em sessão [...]”.
F4	Avaliação auditiva	“Eu acredito que traz benefícios na questão, a própria família vê [...] que a criança não tem esse diagnóstico, que a criança é capaz de, ficar em uma atividade concentrada [...]”.	“[...] malefícios eu ainda <i>num</i> , não vi nenhum [...] eu penso nos malefícios da medicação [...]”.
F5	Encaminhamento	“[...] benefício do trabalho conjunto [...]”.	“Não vejo malefício [...]”.
F6	Encaminhamento e Multidisciplinar	“[...] se é feita de maneira correta a medicação sim pode ajudar [...]”.	“[...] quando [...] o diagnóstico não é feito de maneira correta [...] o medicamento não traz nenhum benefício”.
F7	Encaminhamento e Atividades de atenção auditiva	“[...] a criança vai poder ficar um pouquinho mais centrada, menos impulsiva, e conseguir ter uma aprendizagem mais significativa [...]”.	“Malefício só se for um diagnóstico errado”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As fonoaudiólogas F1 e F4 que mencionaram tratamentos exclusivos da Fonoaudiologia não aferiram malefícios aos seus tratamentos, mas, sim, ao medicamento, evocando, por exemplo: “querer que o remédio faça milagres”; “malefícios da medicação”, entre outros. Das seis fonoaudiólogas que mencionaram os encaminhamentos, apenas duas disseram que não há malefícios, as demais evocaram como malefícios: “falta de outras avaliações”; “irritação das

sessões na criança” e “diagnóstico errado”. Perante essas constatações, verificamos que o transtorno, em si, será tratado com mais frequência pelos psicólogos e neurologistas, ficando a cargo das fonoaudiólogas apenas as implicações relacionadas ao processamento auditivo e/ou relacionadas à linguagem (oral e escrita).

No grupo A também constatamos evocações de malefícios aos tratamentos medicamentosos, indicando tanto a representação de que tratamento para TDAH é o medicamento quanto que ele possui malefícios. Contudo, isso não impediu que muitos psicólogos afirmassem que o tratamento medicamentoso seja necessário para sujeitos com diagnóstico de TDAH.

Ainda na categoria de tratamentos, questionamos a opinião do grupo B sobre as formas de tratamentos existentes para o TDAH. Três fonoaudiólogas fazem menção ao uso do medicamento. Dessas, duas fonoaudiólogas (F3 e F5) salientaram que seu uso depende de cada caso, ou seja, em algumas crianças o medicamento ajuda, mas em outros não. Uma fonoaudióloga afirma que o medicamento traz benefícios (F1).

As outras quatro do grupo responderam que consideram importante o atendimento multidisciplinar com psicólogos, psicopedagogos e médicos. Dessas, duas fonoaudiólogas afirmaram que esse atendimento é benéfico, mas sem o uso de medicamentos (F2 e F4). Contudo, a F2 também afirmou que em alguns casos é necessário, o que causou uma contradição em sua fala. As demais (F6 e F7) concordaram que todos os tratamentos são importantes, incluindo o medicamentoso.

Há uma objetivação do tratamento de TDAH na medicação, independentemente se o sujeito é a favor ou contra seu uso, mas sempre que se fala em tratamento para TDAH a primeira imagem que vem à mente desses profissionais é o medicamento. Isso pode ser visto nas falas das que responderam com base no atendimento multidisciplinar (n=4), mas, mesmo assim, mencionaram o medicamento.

De todos os aspectos relacionados ao suposto TDAH que são disseminados pelos discursos médicos organicistas, a medicalização mostra-se forte nas representações sociais de diferentes profissionais da área da Saúde e da Educação, pois como identificamos, ainda que o sujeito seja visto como tendo inabilidade de concentração e de comportamento, as formas de tratamento se voltam para o uso de medicamentos. Segundo Barroco, Facci e Moraes (2017, p. 37), “[...] os remédios são divulgados como fórmulas de imunidade, tranquilidade e controle dos problemas. São cápsulas protetoras da vida humana em que o bem-estar, proporcionado pela solução medicamentosa, se torna um dos principais apelos contemporâneos para a venda de fármacos”. Nesse contexto ignora-se a história e a cultura da sociedade e privilegia-se a

bioidentidade e o controle químico dos corpos. Na teoria foucaultiana, esse controle é caracterizado como biopoder e, dessa forma, as grandes organizações envolvidas manipulam os corpos para satisfazerem suas vontades (FOUCAULT, 2008). Transformam os comportamentos que destoam do esperado pela sociedade em transtornos e doenças que precisam do uso de medicação para tratamento.

Para finalizar essa categoria questionamos quais as formas de tratamentos do TDAH que o grupo B mais utiliza, ou seja, na área da Fonoaudiologia, quais as formas de tratamentos mais utilizadas com crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH. Vejamos as evocações no quadro a seguir:

Quadro 22 - Formas de tratamentos mais utilizadas para TDAH pelas fonoaudiólogas

SUJEITO	TRATAMENTOS UTILIZADOS NA FONOAUDIOLOGIA
F1	“[...] vou ajudar nas habilidades auditivas [...] com o treinamento auditivo é que eu vou propor para família para ajudar esse indivíduo”.
F2	“[...] jogos para focar a atenção, atividade de leitura e escrita, [...] de raciocínio lógico [...] lince, cara a cara, jogo da memória, cruzadinha, [...] para focar a atenção dela [...]”.
F3	“[...] tenta pegar o que a criança gosta, [...] segurar a atenção dela a fim de conseguir trabalhar fala, leitura, escrita [...]”.
F4	“[...] terapia lúdica ou de linguagem. A gente vai trabalhar com a concentração da criança, memória [...]”.
F5	“[...] a gente trabalha, inicialmente, até com o contexto dela, para que consiga se concentrar [...] é muito individualizado [...]”.
F6	“A maioria das crianças que eu atendo com TDAH, elas têm uma questão de aprendizagem. Então a gente sabe que tem que tirar as distrações. Mostrar para ela o que vai ser trabalhado e focar naquela atividade, não trazer várias coisas ao mesmo tempo [...]. Esses pacientes, geralmente, são trabalhados individualmente”.
F7	“[...] se ele não tiver nenhum prejuízo na aprendizagem, a gente não trabalha. Se ele tiver o TDAH, e com a dificuldade já instalada, com [...] dificuldade de aprendizagem, a gente, ele teria que estar vindo medicado é..., com medicamento. Aí a gente trabalharia em cima da defasagem que ele já adquiriu durante os anos [...]. A gente vai trabalhar desde a parte de consciência fonológica, se ele tiver dificuldade de leitura e de escrita. A parte de discriminação auditiva, a parte de habilidades auditivas, se estiverem defasadas [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os tratamentos fonoaudiológicos mais utilizados (n=5) em crianças com TDAH são voltados para ajudar o sujeito a manter o foco de atenção/concentração a fim de desenvolver a linguagem (oral e escrita), bem como ajudar na aprendizagem da leitura. Para tanto, as profissionais deste grupo utilizam estratégias diferentes para cada criança, a fim de atrair sua atenção, por exemplo, por meio de jogos que ela goste, atividades com seus personagens preferidos, entre outras. Os demais (n=2) são treinamentos auditivos, ou seja, o

desenvolvimento das habilidades auditivas, tais como a atenção, necessárias para a aprendizagem da linguagem (oral e escrita).

No estudo de Tosim (2009) foram desenvolvidas algumas atividades para trabalhar com as habilidades auditivas de crianças com Transtornos de Processamento Auditivo (TPA). Uma delas foi a atividade de “Vigilância auditiva (atenção para palavra específica)” que ao mesmo tempo proporciona o desenvolvimento de habilidades como a atenção auditiva seletiva, percepção, memória, linguagem oral, entre outras. Para sua pesquisa a autora usou um texto que repetia algumas vezes a palavra “cão”. Este fora lido em voz alta para uma criança com TPA, que por sua vez, deveria escutar atentamente todas as palavras e quando ouvisse “cão” bater palmas. O conjunto de atividades semelhantes utilizadas pela autora em diferentes crianças com inabilidades auditivas, resultou em melhora no desenvolvimento das participantes, o que justifica o uso de programas de intervenção conforme o modelo apresentado por ela.

Citamos esse estudo para evidenciar a possibilidade de tratamento ao déficit de atenção, por exemplo, por caminhos que não leve ao medicamento e que produzem resultados significativos e sem efeitos colaterais. Jogos, questionários, dentre outras atividades semelhantes aos utilizados por Tosim (2009) podem ser empregados por psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos com a finalidade de possibilitar o desenvolvimento da atenção.

A última categoria de análise é “Medicamentos”. Aqui podemos identificar as representações sociais sobre medicalização das fonoaudiólogas, ou seja, de que forma elas objetivam em seus relatos o que pensam sobre o tratamento medicamentoso do suposto TDAH. Dessa forma, questionamos se elas consideram que o medicamento contribui para um melhor desempenho escolar da criança. As respostas encontram-se no quadro a seguir:

Quadro 23 - Opinião das fonoaudiólogas sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH

(continua...)

SUJEITO	OPINIÃO SOBRE MEDICAMENTO
F1	“[...] a medicação não é para todos, alguns dão certo outros não [...]”.
F2	“Ah! Eu acredito que sim, mas eu não sou muito a favor do medicamento não, <i>tá?</i> ”.
F3	“[...] tem criança que ajuda bastante, entendeu? Que realmente dá resultado [...]”.
F4	“Em alguns casos, poucos, mas acredito que sim [...] eu sou contra a medicação até os sete anos [...]”.
F5	“[...] algumas crianças têm sido medicadas sem necessidade de medicação, <i>né?</i> E algumas precisam da medicação, são muito bem indicados, até para começo do trabalho. Algumas se tornam até um pouco dependentes dessa medicação [...]”.

SUJEITO	OPINIÃO SOBRE MEDICAMENTO
F6	“Sim, porque se ele tem uma dificuldade de atenção, de se concentrar, a medicação ela ajuda nesse processo”.
F7	“Se for bem aplicado, contribui. Mas muitas vezes é muito mal diagnosticado e aí é errado fazer uso de medicamentos [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Das sete fonoaudiólogas, quatro consideram que o medicamento contribui para o melhor desempenho escolar, mesmo que algumas (F2 e F4) salientem que não são a favor do medicamento. Outras três disseram que depende de cada caso, pois em alguns o medicamento pode ajudar e em outros não, dependendo de um diagnóstico correto. Assim como no grupo B fica evidente a consideração do uso de medicamento para crianças desatentas e hiperativas com dificuldades escolares, seja de forma plena ou “em alguns casos”, ainda que sejam reconhecidos possíveis malefícios.

Ao questionarmos se os medicamentos possuem mais benefícios ou malefícios, cinco afirmam que depende do caso (F3, F5, F7) ou do medicamento (F1, F2), pois ao mesmo tempo em que podem ajudar, também contêm efeitos colaterais. Além disso, algumas crianças, vítimas de diagnósticos incorretos, que não possuem TDAH podem ser prejudicadas. Apenas uma fonoaudióloga (F4) afirmou ter mais malefícios, pois pode causar síndromes alimentares, sonolência, dependência, entre outras implicações. Em contrapartida, a F6 foi a única a afirmar que traz mais benefícios, apesar de muitos pais serem contra.

O uso de medicamento causou conflitos de opiniões nas participantes do Grupo B, pois ao mesmo tempo em que é visto como importante no tratamento para TDAH, bem como levado em consideração para ajudar no desempenho escolar, também é visto como perigoso em alguns casos, contraindicado em virtude de seus efeitos colaterais. Percebemos que, assim como no grupo A, há contradições em torno desse tratamento para um suposto TDAH, cujas causas foram evocadas como bio-social e social.

Na pesquisa de Gonçalves e Pedro (2018, p. 89-90) foi constatado que o uso de medicamentos como Ritalina® e outros à base de metilfenidato, são utilizados na atualidade como forma de potencializar a performance humana e não como um meio de cuidar da saúde:

[...] o que vemos na atualidade é um uso fora das indicações previstas na bula – *off-label* – um consumo ora obtido no mercado negro, ora respaldado pelo profissional médico. E, além disso, um uso que, segundo os entrevistados em nossa pesquisa, reflete determinados aspectos próprios à atualidade, como valorização da performance, competitividade, individualismo e imediatismo, aos quais consumo da Ritalina parece vir atender. Um consumo voltado para questões que ultrapassam a tríade doença, saúde e cuidado, compreendendo a busca do homem por superar seus limites e viver bem em sociedade [...].

Nesse contexto, compreendemos o discurso médico do uso de medicamento em casos de desatenção e hiperatividade, mesmo quando os fatores que os engatilham são sociais, ou seja, há uma cooperação dos organismos interessados (Medicina, indústria farmacêutica, mídia, entre outros) em utilizar a medicalização como aperfeiçoamento da performance humana, tanto nos estudos quanto no trabalho, “justificando” a patologização dos comportamentos.

As narrativas das fonoaudiólogas em torno do suposto TDAH e do tratamento medicamentoso estão ancoradas nesses discursos disseminados entre os profissionais da área da Saúde, mas as objetivações muito pautadas em suas experiências clínicas. Os sujeitos desatentos e hiperativos que chegam até os consultórios de fonoaudiologia possuem mais um comprometimento orgânico auditivo do que neurológico, segundo as próprias entrevistadas. Já quando o sujeito chega com o diagnóstico fechado de TDAH não fica evidente se há investigações acerca do processamento auditivo, pois as respostas apontam para um (re)encaminhamento aos profissionais da Psicologia, por exemplo. Esperamos que de fato seja feita uma investigação mesmo com um laudo já fechado, para que o sujeito tenha uma chance de que seu caso seja revisto e as correções no tratamento sejam realizadas.

As representações sociais desse grupo, portanto, nos levam de um lado ao núcleo central – os discursos médicos – que dá origem às significações de uma desatenção, logo, uma hiperatividade de causas biossociais. Se considerarmos que apenas uma entrevistada evocou como causa de TDAH fatores totalmente biológicos (F7), o social continua a prevalecer nas narrativas da maioria, incluindo das que o classificaram como biossocial. Já as representações presentes no sistema periférico, são pautadas nas experiências clínicas com sujeitos que possuem essas queixas, veem o suposto TDAH por um viés social.

Mesmo com essa percepção, o tratamento evocado sempre é o medicamentoso, como se fosse a única forma existente de contornar o TDAH e suas características. Pensando na questão de um comportamento hiperativo advindo de uma educação sem limites e sem regras, por exemplo, como poderia o medicamento ajudar nesse processo social? Ou se pensarmos nas dificuldades escolares que surgem de um comprometimento do processamento auditivo, como o metilfenidato poderia melhorar esse desempenho escolar, se a criança continua com déficit atencionais auditivos? Apenas a compactuação (consciente ou inconsciente) do uso *off label* desses medicamentos condiz com a ideia de medicalizar comportamentos e dificuldades escolares. Por isso, todos os envolvidos nas avaliações de crianças desatentas e hiperativas precisam refletir sobre os supostos diagnósticos e a medicalização da vida e ter o pleno

conhecimento de que possuem papel determinante na vida desses sujeitos, seja para estigmatizá-los ou para salvá-los da cultura da medicalização.

Se compararmos os resultados do grupo B do nosso estudo com os resultados do estudo de Botelho (2018), apresentado na seção dois, é possível verificar que em ambos há uma tentativa de ruptura com os discursos médicos, mas ainda são necessárias mais discussões no campo da Fonoaudiologia sobre as queixas escolares e a medicalização.

Esses mesmos discursos foram identificados no grupo A, mas ainda precisamos considerar os demais grupos para iniciar uma afirmação sobre a relação desses profissionais que acompanham crianças com queixas relacionadas ao suposto TDAH com o biopoder em nossa sociedade. Para tanto, passamos a apresentar na próxima subseção os dados obtidos do grupo C.

6.1.3 Grupo C: O reforço da cultura da medicalização

Nesta subseção apresentamos os resultados obtidos do grupo C, das psicopedagogas, iniciando com a apresentação da categoria “Conhecimento sobre TDAH”. As respostas para a pergunta “Em sua prática profissional você atende ou já atendeu crianças e/ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH? Há quanto tempo?”, foram apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 24 - Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo C

SUJEITO	RESPOSTA	TEMPO
Pp1	Sim	Há 1 ano.
Pp2	Sim	Há 7 anos.
Pp3	Sim	Há 7 anos.
Pp4	Sim	Há 5 anos.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Observamos que todas as psicopedagogas já atenderam crianças e/ou adolescentes com TDAH. O caso mais antigo constatado foi há sete anos, como nos relatou a Pp2 e a Pp3, sendo o mais recente da Pp1 há um ano. A área de Psicopedagogia é recente se comparada a Medicina, Psicologia e Fonoaudiologia, sobretudo na cidade em que esse estudo foi realizado, mesmo assim já tem um considerável histórico de atendimento a casos de supostos TDAH.

Ao questionarmos quem faz os encaminhamentos para as psicopedagogas entrevistadas, verificamos que são feitos em sua maioria por neurologistas e escolas. Além destes, os encaminhamentos também são feitos por psicólogos e os próprios pais. Vejamos, como

exemplo, a fala da Pp1: “Normalmente é o *neuro*, e..., e às vezes a escola, também”. Dessa forma, a escola e os próprios pais são citados em segundo plano, pois apenas em alguns casos os encaminhamentos acontecem por essas vias.

A partir da questão “O que é TDAH para você?”, vemos que todas as respostas estão ancoradas nos discursos médicos com os quais as psicopedagogas tiveram contato. Suas objetivações estão na questão biológica, ou seja, o TDAH é significado como um transtorno com repercussão comportamental e pedagógica. Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 25 - Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo C

SUJEITO	DEFINIÇÃO	OBJETIVAÇÃO
Pp1	“ <i>Tran...</i> transtorno de déficit de atenção, <i>né?</i> [...]”.	Biológico
Pp2	“É uma criança que tem uma dificuldade muito grande pedagógica por conta do TDAH. Na verdade ela, ele age impulsivamente ou distraidamente, de acordo com o seu tipo de TDAH e isso afeta a parte pedagógica dele”.	Biológico
Pp3	“Para mim é um transtorno no desenvolvimento [...]”.	Biológico
Pp4	“Ah! Vamos lá. É tão amplo, <i>né?</i> [<i>risos</i>]. [...] ele é um... ah, que termo que eu uso para ser mais específica? Ah, quando vem com a hiperatividade. Entra a questão comportamental e quando não vem com a hiperatividade é uma, eu vou usar o termo assim ‘fuga repentina da concentração imediata que ele precisa ter uma determinada atividade’ [...] Coloco como um transtorno mesmo [...]”.	Biológico

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao evocarem palavras como “transtorno” para definir o TDAH partem de causas biológicas, seja por considerarem um transtorno no desenvolvimento ou neurológico, entre outros. Nesse viés Silva e Ortega (2016, p. 5) afirmam que na visão de neurologistas

[...] os transtornos mentais – definidos como transtornos do neurodesenvolvimento – são entendidos como o estado final de uma série de processos anormais de desenvolvimento do cérebro, que tem início anos antes do estabelecimento da patologia propriamente dita. Tais processos, presentes em momentos cruciais do desenvolvimento do indivíduo, conduziram a modificações funcionais, como déficits cognitivos, alterações comportamentais, dificuldades de aprendizagem, entre outros [...].

A Pp2 caracteriza o TDAH como uma dificuldade pedagógica, mas que deriva de um transtorno (causa) que afeta o pedagógico (consequência), dessa forma, também consideramos que sua representação social de TDAH pauta-se em fatores biológicos.

Para confrontar essas narrativas, perguntamos em seguida o que causa o TDAH e com as respostas notamos uma divisão nas opiniões, mas ainda com o predomínio da visão biológica:

Quadro 26 - Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo C

SUJEITO	CAUSA	OBJETIVAÇÃO
Pp1	“Existem vários fatores. Pode ser a questão orgânica. É, o desenvolvimento da criança na relação familiar. Às vezes questão de limite também, às vezes tem crianças que vem com queixa de hiperatividade e às vezes é criança que cresceu em um ambiente que não teve limite [...]”.	Biossocial
Pp2	“Acredito que muitas das causas, hoje, não está nem na [...] hereditariedade [...] está mais pela falta de limite que [as crianças] estão tendo. Isso acaba, criando, como que eu vou dizer? Ele cria essa propensão para poder ser um TDAH [...]”.	Biossocial
Pp3	“[...] geralmente é um transtorno de ordem genética mesmo [...] ele já é constituído na formação do indivíduo.	Biológico
Pp4	“[...] O déficit de atenção ele tem seus aspectos neurológicos, físicos e orgânicos também [...]”.	Biológico

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Duas psicopedagogas objetivaram as causas em fatores biológicos, de forma semelhante ao que afirmaram sobre o que é TDAH. Contudo, a Pp1 citou causas tanto sociais quanto biológicas para o referido transtorno. A Pp2, por sua vez, citou causas sociais, sobretudo, afirmando que, apesar de considerar a existência de causas genéticas, a maioria é pela falta de limites.

Considerando que as manifestações de desatenção e hiperatividade são em maioria notadas e impactam no contexto escolar, devido às dificuldades de aprendizagem que surgem, muitos docentes encaminham essas crianças e adolescentes com essas queixas, chamando de indisciplinadas ou sem limites (CORDEIRO, 2016). Esse encaminhamento pode gerar outro equívoco nos diagnósticos, caso o profissional responsável não faça uma boa avaliação, ou seja, a indisciplina pode ser confundida com TDAH ou vice-versa. De acordo com Boarini (2013, p. 129):

O comportamento indisciplinado pode estar dando sinais de que insatisfações estão sendo produzidas no âmbito da instituição escolar ainda que sejam manifestações individuais. A promoção da disciplina ou o controle da indisciplina dos alunos não estão escritos na literatura pedagógica ou em qualquer outra, nem recebemos, junto com o diploma de conclusão de curso, fórmulas para manter a disciplina ou evitar a indisciplina. A disciplina é um exercício que se faz necessário em qualquer situação social ou não. No caso do ambiente escolar, a disciplina é um exercício diário que ocorre no cotidiano da sala de aula. Deve ser construída e administrada no dia a dia por todos os envolvidos na educação.

Não apenas na escola, mas na família também a indisciplina pode ser notada como um sinal de insatisfação. O seu controle é um exercício de ambas as instituições, a começar pela família, pois é o primeiro núcleo de relacionamento do sujeito. Ao observarmos comportamentos hiperativos, por exemplo, devemos nos atentar ao que esse corpo está falando, pois como vimos na seção dois, na infância a linguagem corporal é muito mais utilizada do que as demais, visto suas fases de desenvolvimento. Como a indisciplina é uma condição vinculada a fatores sociais, o que mais se vê em clínicas de psicopedagogia são crianças indisciplinadas e sem limites.

Há, portanto, um conflito entre as ideias sobre transtorno e comportamentos relacionados à desatenção e à hiperatividade na concepção da Pp1 e Pp2, o que pode indicar uma ancoragem nos discursos médicos biologizantes, mas também uma consideração das práticas clínicas observadas no atendimento de crianças com queixas relativas ao suposto transtorno, como já observado nos grupos já apresentados. No caso da Pp3 e Pp4, a convicção é de que se trate de um transtorno biológico de fato.

Finalizando essa categoria, questionamos: “O TDAH seria mesmo uma invenção da mídia ou da indústria farmacêutica?” As quatro psicopedagogas entrevistadas responderam que o referido transtorno não é uma invenção da mídia ou da indústria farmacêutica. Vejamos o exemplo do relato da Pp4:

Olha, pelo tanto que eu estudo, é meio difícil de acreditar em uma fala assim [risos]. Além das leituras que faço, da prática que tenho, *né?* Então, não vejo que seja uma invenção, *né?* E nem que seja apenas da área farmacêutica para poder incluir e ganhar dinheiro em cima disso. Creio que sim, tem o transtorno, ali específico, mas que ele deve ser investigado claramente para ver se realmente é a causa ou a consequência de alguma outra eventualidade (Pp4).

Dessa forma, a categoria “Conhecimento sobre TDAH” indica que a visão das psicopedagogas sobre o que é TDAH revela que há uma preponderância dos fatores biológicos como caracterização do transtorno, porém, suas causas podem ter relações com o ambiente social. Esse conhecimento, como ilustrado na fala da Pp4 sobre o TDAH não ser uma invenção, está ancorado em discursos médicos e nas falas dos educadores que encaminham as crianças para atendimento psicopedagógico, que acabam por influenciar as representações dessas profissionais.

O fato de a significação do comportamento desatento e hiperativo ser unanimemente biológico no grupo C nos chamou atenção, pois conforme vimos na seção anterior, a formação

das psicopedagogas entrevistadas é em Pedagogia (n= 3) e em Psicologia (n= 1), o que nos levou a considerar que o prisma pelo qual interpretariam seria mais social, sobretudo considerando que a Psicopedagogia versa pelo aprendizado na dimensão biopsicossocial, logo, com trabalhos que proporcionem o desenvolvimento de habilidades (como a atenção e a praxia) por meio de atividades que envolvam “eu”, outro e o meio, a fim de propiciar processo de aprendizagem e de desenvolvimento do sujeito. Contudo, em nossas análises buscamos verificar, adiante, se a forma de diagnóstico e os tratamentos dessas profissionais estão mais próximos da área de Psicopedagogia ou dos discursos médicos.

Apresentamos os dados coletados na categoria “Diagnóstico do TDAH” do grupo C. Na questão “quais instrumentos você utiliza para realizar o diagnóstico de TDAH?”, cada profissional citou seus instrumentos:

Quadro 27 - Instrumentos citados pelas psicopedagogas para realização do diagnóstico de TDAH

SUJEITO	INSTRUMENTOS CITADOS
Pp1	Entrevista, <i>anamnese</i> , jogos e desenhos.
Pp2	Atividades de cancelamento, jogos (de atenção e concentração), Papel de carta, relatório de professores e pais, além de observação de atividades escolares.
Pp3	Indicadores de atenção e <i>Stroop test</i> .
Pp4	Avaliação psicoeducativa, testes psicopedagógicos como o TDE, processo de leitura e escrita, matemática, <i>Stoop test</i> e provas piagetianas.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota-se que são, na maioria, testes que revelam o nível de atenção e concentração da criança, bem como o nível cognitivo. Os jogos são recursos geralmente utilizados pelas psicopedagogas, visto que seus trabalhos são lúdicos até para a investigação das dificuldades. Este recurso foi citado pela Pp1 e pela Pp2. Outro instrumento que foi citado mais de uma vez foi o *Stroop test*, utilizado para investigar o controle inibitório a partir de estímulos visuo-verbais. Muitos desses instrumentos foram explanados na seção dois dessa tese.

Ainda na categoria sobre o diagnóstico, perguntamos se além dos instrumentos mencionados há a realização de entrevistas com outras pessoas do convívio da criança, por exemplo, professores, coordenadores e outros que convivam com o sujeito fora do ambiente familiar e escolar. Todas afirmaram realizar entrevistas com os pais e com os professores da criança. A Pp4 afirmou que quando o sujeito vem encaminhado por uma psicóloga, esta mesma também é entrevistada.

A compreensão de TDAH pelas psicopedagogas está em consonância com alguns artigos da área de Psicopedagogia (STROH, 2010; ROCHA *et al.*, 2013; CORREIA,

LINHARES, 2014). Já em relação ao processo diagnóstico, Stroh (2010, p. 91-92) cita que esse é clínico e deve seguir os seguintes passos:

Entrevistas com os pais (levantamento das queixas e sintomas e relato sobre o comportamento da criança em casa e em atividades sociais); Entrevistas com professores (relato sobre o comportamento da criança na escola, levantamento das queixas, sintomas, desempenho escolar, relacionamento com adultos e crianças); Questionários e escalas de sintomas para serem preenchidos por pais e professores; Avaliação/observação da criança no consultório; Avaliação neuropsicológica; Avaliação psicopedagógica; Avaliação fonoaudiológica.

Essa forma de diagnóstico clínico, como já salientado em análises anteriores, pouco contribuem para a constatação da identificação de um TDAH biológico. Por isso, a avaliação multidisciplinar se faz tão necessária, pois as lacunas de uma investigação clínica podem ser preenchidas pelas avaliações neuro e fonoaudiológicas.

A última pergunta dessa categoria foi sobre a orientação que as psicopedagogas mais passam para pais e para a escola após o diagnóstico.

Quadro 28 - Orientações mais passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH segundo o grupo C

SUJEITO	ORIENTAÇÃO PARA PAIS	ORIENTAÇÃO PARA ESCOLA
Pp1	“É..., de acordo com a criança e o nível, também, dos pais, né?, econômico dos pais. Sugestão de atividade é, esportiva, porque a gente vê muito resultado, criança que só assiste, vai para escola e criança que faz uma natação, criança que faz, um... um esporte. É, regras, normas, horário de atividade porque a criança tem muita energia, então ela precisa gastar essa energia”.	-
Pp2	“Não adianta eu chegar aqui e fazer um trabalho, rigoroso de organização, e chegar na casa dele e fazer o que ele bem entende. Então ele precisa ter regras aqui, a serem cumpridas, ele tem que entender que regras têm na escola e regras têm na casa, e regras têm em todos os lugares e que ele precisa cumprir isso aí, se não, ele não dá conta de tudo isso. Então os pais têm que estar dentro do processo, se não, não dá conta, então ele vai me pagar, por nada”.	-
Pp3	“[...] em casa os pais precisam ensinar essa criança a se organizar. Ter horários bem delimitados para essa criança fazer a tarefa. Para essa criança ter a rotina de estudo, trabalhar com limites bem claros, de preferência que eles construam juntos, essas regras de convivência em casa e trabalhar de uma forma que essa criança seja o mais autônoma e independente possível dentro das condições dela”.	“[...] precisa ter um respaldo da escola, né?, nas atividades, com mais recursos audiovisuais para essa criança, para ela, não só a aula expositiva, então essa criança precisa sentar sempre próxima ao professor, [...] se certificar de que essa criança ouviu as informações importantes [...]”.
Pp4	“[...] peço cautela, para a família, né? Então se vier tarefa, auxiliar nessa tarefa, que não é o momento de deixar a criança fazer sozinha; leitura, que ela ainda faça a leitura para criança [...] não exigir tanto aquilo que ela ainda não consiga [...]”.	“[...] para a escola são as orientações no sentido de sentar na primeira carteira, tirar dessa, da audição, no sentido de estímulos auditivos e até mesmo, dependendo, estímulos visuais para a criança [...] professora falar voltada para o aluno, quando possível, [...] ter paciência orientando as atividades [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Das quatro psicopedagogas entrevistadas, duas citaram orientações para a escola. A orientação de sentar perto do professor é recorrente, não apenas no grupo C, mas, também, nos grupos anteriores. O cuidado com os estímulos auditivos e visuais também são salientados nas narrativas, seja por conta da cautela para não expor a muitos estímulos, quanto para usá-los a fim de ajudar a criança a desenvolver as diferentes atenções e também ter recursos que agrade a criança para que ela tenha interesse em focar a atenção.

Com base nas orientações para os pais, podemos entender que na atual sociedade muitas famílias deixam de participar da vida escolar dos filhos, como se a responsabilidade fosse apenas da escola e dos grupos de apoio como os médicos, os psicólogos

e psicopedagogos, pois três orientações se pautam em ajudar as crianças ou continuar em casa o trabalho da escola e da psicopedagoga. Vejamos a narrativa da Pp2 sobre isso:

[...] Olha, esse aí é um ponto, crucial. Porque o pai ele não pode entender que ele deixa a criança na escola, por deixar, aí traz aqui está pagando eu tenho que dar conta. Não. Ele tem que continuar, então, toda a vez que a gente conversa com os pais, e aí a minha clínica é bastante aberta para isso, toda vez que eu devolvo uma criança para o pai, no final do período, no final do atendimento, eu explico o que tem que ser feito em casa: “olha, em casa você vai ter que continuar fazendo isso, isso e isso; você vai fazer esse trabalho com teu filho, porque requer uma continuação do que eu estou fazendo aqui”. Não adianta eu chegar aqui e fazer um trabalho, rigoroso de organização, e chegar na casa dele e fazer o que ele bem entende. Então ele precisa ter regras aqui, a serem cumpridas, ele tem que entender que regras têm na escola e regras têm na casa, e regras tem em todos os lugares e que ele precisa cumprir isso aí, se não, ele não dá conta de tudo isso. Então os pais têm que estar dentro do processo, se não, não dá conta, então ele vai me pagar, por nada.

A ajuda da família na educação dos filhos se faz necessária, independentemente se ela possui TDAH ou não. Vemos que com a rotina da sociedade contemporânea, esse papel tem ficado cada vez mais aquém deles e mais nas mãos das escolas e equipe de apoio. Isso acaba influenciando no comportamento agitado das crianças e dos adolescentes, sendo muitas vezes a queixa principal dos encaminhamentos. Logo, a agitação é um empecilho para a aprendizagem, resultando em dificuldades na alfabetização, como cita a Pp4, dentre outras dificuldades de aprendizagem que levam a encaminhamentos psicopedagógicos.

A seguir temos a categoria “Tratamentos”, cuja primeira pergunta busca respostas sobre quais tratamentos são mais recomendados pelas psicopedagogas quando recebem uma criança com suspeita de TDAH e dificuldade de aprendizagem. Vejamos as respostas no quadro abaixo:

Quadro 29 - Tratamentos mais recomendados para casos de TDAH pelas psicopedagogas

SUJEITO	TRATAMENTOS RECOMENDADOS
Pp1	“[...] normalmente a gente faz a avaliação psicopedagógica, [...] quando a gente observa que realmente a criança não consegue desenvolver nenhuma atividade em virtude da sua agitação motora ou da sua inquietude, muitas vezes a gente manda, sim, para o <i>neuro</i> fazer uma avaliação [...]”.
Pp2	“[...] eu preciso fazer uma avaliaçãozinha, caso eu consiga perceber que ele realmente tem esse déficit de atenção, que ele tenha o déficit de atenção e não o déficit cognitivo ou de aprendizagem, eu vou trabalhar muito a parte de comportamento dele [...] trabalhando a atenção, a concentração, a esquematização de ideias, <i>né?</i> A autonomia e principalmente a autoestima [...]”.
Pp3	“[...] começa pela avaliação [...], já inicia de um encaminhamento, para um <i>neuro, né?</i> de exames complementares, como o processamento auditivo central [...] eu vejo como multidisciplinar, porque geralmente, a criança vai precisar, de desenvolver estratégias, pedagógicas e também quando tem alterações no processamento auditivo ou alterações funcionais ela vai precisar de um acompanhamento de uma intervenção com <i>fono</i> e às vezes, também, de uso de medicamentos”.
Pp4	“[...] entra intervenção psicológica, porque às vezes tem alguma questão emocional e também é devido para, para orientação familiar e da própria criança, <i>né?</i> , a parte terapêutica; o neurologista, sem dúvida, acompanhamento, até mesmo se precisa de medicamento, para ela ter um acompanhamento contínuo e aí depende de cada caso porque daí tem criança que precisa de fonoaudióloga [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Todas as psicopedagogas enfatizaram o tratamento multidisciplinar, pois consideram que cada caso dependerá da ajuda de outro profissional, seja uma fonoaudióloga em caso de crianças com comprometimento de processamento auditivo, seja um neurologista para receitar ou acompanhar a administração do medicamento, bem como o psicólogo para trabalhar questões emocionais. Apesar dessa multidisciplinaridade e de cada caso ser um caso, o profissional que é citado em todas as falas é o neurologista.

Rocha *et al.* (2013) salientam que o acompanhamento psicopedagógico objetiva o processo de aprendizagem, seja em casos com ou sem TDAH, de forma que ajude o sujeito a se relacionar de forma individual e/ou coletiva com sua aprendizagem, considerando os aspectos cognitivos, emocionais e sociais, sendo, portanto, a intervenção terapêutica, preventiva e de inclusão escolar.

O acompanhamento visa criar condições para que o paciente retenha a sua atenção e concentração durante suas atividades, assim como estímulo para organizar-se. No lúdico, observa-se limites, interação com o meio, raciocínio matemático entre outros. O trabalho Psicopedagógico também é realizado junto aos pais e à escola. O suporte dirigido à família é recomendado, pois pode haver um desgaste entre os membros. O problema deve ser visto como familiar e não apenas de um indivíduo (ROCHA *et al.*, 2013, p. 46).

Esperávamos que fossem evidenciados os tratamentos psicopedagógicos que, conforme autores supracitados, tivessem eficiência e eficácia em casos de dificuldades escolares,

independentemente de estarem vinculadas a fatores biológicos. Assim como explicitou Stroh (2013), em seu estudo sobre as intervenções psicopedagógicas, em casos de diagnóstico de TDAH, pode-se lançar mão da Arteterapia. A autora evidenciou que “[...] esse recurso traz ainda mais conhecimento sobre ‘lidar com o aprender’, pelas mediações artísticas. Além disso, a criança ou adolescente pode entrar em contato com suas emoções mais profundas, sem precisar se expor, ou seja, falar quando não tem vontade” (STROH, 2013, p. 94). Dessa forma, os sujeitos apresentam uma melhora significativa nos aspectos cognitivos, afetivos e sociais.

A fim de verificarmos os benefícios e os malefícios dos tratamentos citados pelas psicopedagogas, as questionamos e encontramos as respostas abaixo:

Quadro 30 - Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo C

SUJEITO	TRATAMENTO	BENEFÍCIOS	MALEFÍCIOS
Pp1	Psicopedagógico e multidisciplinar	“[...] como o tratamento nosso é, é mais voltado para a questão, muitas vezes emocional, pedagógica, eu só acho que só traz benefícios. Como orientação para a mãe, [...] natação [...], jogos, né?, a parte lúdica, fazer a criança realmente desenvolver atenção, memória [...]”.	-
Pp2	Psicopedagógico e multidisciplinar	“Benefícios, eu acredito assim: autoestima, pois eleva bastante. Como é uma criança [...] rejeitada pelos amigos por conta de, entre aspas aí, ‘estar com uma nota ruim, sempre nota ruim’ [...] essa falta de autonomia que ela tem, essa falta de comprometimento com as atividades escolares faz com que ela se afaste cada vez mais da aprendizagem, não tendo um bom vínculo com a aprendizagem [...]”.	“Malefícios eu não acredito em nenhum”.
Pp3	Psicopedagógico e multidisciplinar	“[...] benefício é a compreensão né?, da família, da criança, a autoconsciência, a conscientização do transtorno, e a criação de recursos a fim de se adaptar a essas dificuldades. Então a criança com as intervenções vai criando estratégias para se adaptar à maneira dela às dificuldades que ela tem [...]”.	“[...] às vezes o malefício vai ser na intervenção medicamentosa, até a criança se adaptar com determinado tipo de medicamento [...]”.
Pp4	Multidisciplinar	“[...] eu só vejo benefícios, que a criança querendo ou não, ela vai desenvolver, ela vai progredir naquilo que está em dificuldade. [...] então é o complemento das áreas, né?, das áreas profissionais, que vão ajudar a criança, cada um com a sua função [...]”.	-

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Apesar de todas citarem o tratamento multidisciplinar como o mais recomendado, apenas a Pp3 e a Pp4 falaram sobre os benefícios do mesmo, sendo as evocações: “compreensão”; “autoconsciência”; “desenvolvimento” e “progressão”. A Pp3 foi a única a citar um malefício, se referindo ao tratamento medicamentoso. Já a Pp1 e a Pp2 mencionaram apenas os aspectos positivos do tratamento realizado por elas, ou seja, o psicopedagógico, em que evocaram: “orientação”; “desenvolvimento” e “autoestima”. A Pp2 mencionou, em tom de brincadeira, que um possível malefício para os pais seria “ter que colocar a mão no bolso”, mas é um malefício necessário e que, segundo ela, mais tarde eles agradecem.

Ainda na categoria de tratamentos, questionamos a opinião do grupo C sobre as formas de tratamentos existentes para o TDAH. Em dois casos as psicopedagogas deram destaque ao medicamento, sendo que uma das entrevistadas (Pp2) salientou não ser contra a medicação, e que só deve ser administrada em caso de real necessidade. A Pp4, além do medicamento, também mencionou o tratamento psicopedagógico. As demais (n=2) dividiram-se, a Pp3 falou de forma ampla que sua opinião sobre as formas de tratamentos, em geral, é fundamental, enquanto a Pp1 referiu-se ao tratamento multidisciplinar, afirmando que cada caso é um caso, pois uma criança pode ter um TDAH de cunho orgânico e pode precisar do medicamento, enquanto outras não.

Para finalizar essa categoria questionamos quais as formas de tratamento do TDAH que o grupo C mais utiliza, ou seja, na área da Psicopedagogia, quais as formas de tratamentos mais utilizadas com crianças e adolescentes com TDAH. Vejamos as evocações no quadro a seguir:

Quadro 31 - Formas de tratamentos mais utilizadas pelas psicopedagogas para o TDAH

(continua...)

SUJEITO	TRATAMENTOS UTILIZADOS NA PSICOPEDAGOGIA
Pp1	“[...] atividades que trabalham mais com a atenção da criança, concentração”.
Pp2	“[...] os primeiros dias que a criança chega aqui é... eu organizo a vida dela. É o organizar a agenda, o organizar um, um horário de trabalho para aqui, para clínica e um horário de trabalho para escola, e um horário de trabalho para casa [...]. Aí a gente começa com as atividades, primeiro para poder dar conta das dificuldades que ele tem na escola [...] eu não vou dar conta de ensinar para ele fração, eu vou dar conta do porquê que ele não aprendeu fração [...] em seguida a gente aplica algumas atividades, jogos [...] onde eu trabalho a atenção da criança, tá?”.
Pp3	“[...] na minha área é trazer para criança estratégias, né?, em que ela possa encontrar formas de lidar com as questões pedagógicas, para que ela desenvolva recursos, para que ela desenvolva a metacognição [...] o melhor recuso para ela aprender, dentro das condições dela, das possibilidades dela, qual o melhor recurso para ela aprender, se é visual, se é auditivo [...]”.

SUJEITO	TRATAMENTOS UTILIZADOS NA PSICOPEDAGOGIA
Pp4	“[...] dependendo da criança ela tem uma dificuldade no aprendizado, né?, então eu vejo que a minha área ela vai fazer uma ponte em que o aprendizado, a dificuldade que ela tem no aprendizado. É baseado nessa dificuldade que eu vou estar trabalhando, ela vai elaborando estratégias [...]. Tem crianças que vem aqui com dificuldades de alfabetização, então o foco principal é a alfabetização, mas em contrapartida vem os pré-requisitos dessa alfabetização [...] o que mais vem [...] é mais a dificuldade de se alfabetizar [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os tratamentos psicopedagógicos citados são múltiplos, desde recursos que ajudem a criança e o adolescente a se organizarem em suas rotinas, a utilização de atividades que estimulem o desenvolvimento da atenção e da concentração, passando pela elaboração de estratégias pelo próprio sujeito para uma melhor aprendizagem, até atividades que ajudem a superar as dificuldades de aprendizagem já adquiridas.

Apesar de ser o grupo que mais evidencia ancoragem em discursos médicos, foi o que menos mencionou o tratamento medicamentoso de forma explícita, visto que implicitamente os acompanhamentos multidisciplinares em suas narrativas, consideram a necessidade de um neurologista para administração do medicamento.

A última categoria de análise é “Medicamentos”. Aqui podemos identificar as representações sociais de medicalização das psicopedagogas. Questionamos se elas consideram que o medicamento contribui para um melhor desempenho escolar da criança. As respostas ancoram-se em discursos médicos, vejamos a seguir:

Quadro 32 - Opinião das psicopedagogas sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH

SUJEITO	OPINIÃO SOBRE MEDICAMENTO
Pp1	“[...] cada caso é um caso. Tem caso que realmente precisa. Agora, o que às vezes a gente percebe é um excesso de medicação [...] às vezes aquela criança precisa de uma atenção, uma ajuda, um acompanhamento. O método da escola às vezes não está adequado para aquela criança [...]”.
Pp2	“Desde que seja acompanhado. A medicação por si só eu não acho que tenha efeito [...]. Hoje está tendo muito modismo com a Ritalina [...]. A medicação ela tem que acompanhar, ser acompanhada de um tratamento paralelo [...] seja lá qual profissional seja necessário nesse momento [...]”.
Pp3	“Com certeza, porque [...] uma criança com um TDAH, de moderado para severo precisa geralmente da intervenção medicamentosa para equilibrar, os níveis químicos dela mesma para a aprendizagem [...]”.
Pp4	“Sim porque [...] quando o medicamento é assertivo e necessário [...] por todas essas estimulações que daí a criança consegue se concentrar [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Todas as psicopedagogas entrevistadas afirmam que o medicamento ajuda no desenvolvimento escolar da criança, ainda que cite que o mesmo deve ser acompanhado de outros tratamentos (Pp2) ou que precisa ter um diagnóstico correto (Pp4), argumentando que ele ajuda na questão orgânica para manter a concentração.

Ao questionarmos se os medicamentos possuem mais benefícios ou malefícios duas afirmaram que o medicamento traz mais benefícios, mesmo que tenha salientado a relevância de ter certeza de que a criança possui o TDAH (Pp3 e Pp4). As demais (Pp1 e Pp2) afirmam que depende do caso, pois em alguns há necessidade de trocar a medicação, como afirma a Pp1 e em outros a criança não possui necessidade, mas por vontade da família ou imposição dos médicos ele é receitado (Pp2).

Ainda que seja visto alguns malefícios como efeitos colaterais citados pela Pp1 ou uso abusivo citado pela Pp2, todas afirmam que o medicamento traz mais benefícios. Até o momento esse foi o grupo que respondeu de forma mais enfática a favor da medicação. O discurso médico permeia todas as respostas fazendo com que as representações sociais de TDAH sejam totalmente biológicas.

Se considerarmos a seção dois sobre o que de fato é TDAH, as psicopedagogas estão em consonância, ou seja, de fato é um transtorno neurobiológico que possui repercussões comportamentais e implicações no processo de aprendizagem. Contudo, as narrativas que enfatizam o cuidado com o diagnóstico correto e as afirmações sobre alguns comportamentos desatentos e hiperativos não serem necessariamente TDAH, indicam que há margem para equívocos ou falsos diagnósticos. Como citado pelas psicopedagogas, esses comportamentos muitas vezes advêm de uma educação familiar sem regras, formando sujeitos indisciplinados, com características de hiperatividade e déficit de atenção. Dessa forma, a falta de clareza sobre o comportamento infantil na contemporaneidade leva a considerar todos os corpos hiperativos e desatentos como “portadores de transtorno” e, mais uma vez, a patologização escolar e a medicalização do comportamento.

Vemos que há confusão em determinar o que de fato é transtorno e o que são comportamentos e modos de aprender diferenciados dos padrões e/ou que não correspondem àquilo que é esperado pela sociedade. Assim como vimos nas dissertações de Mesquita (2009) e Nazar (2011) que descobriram nas representações sociais de professores de anos iniciais e finais do Ensino Fundamental que o TDAH era sinônimo de “criança ou aluno problema”. Considerando que três das quatro psicopedagogas entrevistadas possuem formação base em Pedagogia, devemos considerar a necessidade de discutirmos durante a formação de professores sobre a patologização das dificuldades escolares e a medicalização. O mesmo vale para os

curso de graduação voltados à área da Saúde, bem como para os Cursos de Especialização *Lato Sensu*, como é o caso da Psicopedagogia na maioria das instituições.

Apresentamos na próxima subseção os dados obtidos do grupo D, a fim de finalizar as análises dos resultados obtidos.

6.1.4 Grupo D: O discurso médico sobre o suposto TDAH e a medicalização

Nesta subseção apresentamos os resultados obtidos do grupo D, dos médicos, formado por dois especialistas em Neuropediatria (M1 e M2) e uma médica pediatra (M3). Iniciamos com a apresentação da categoria “Conhecimento sobre TDAH”. As respostas para a pergunta “Em sua prática profissional você atende ou já atendeu crianças e/ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH? Há quanto tempo?”, foram apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 33 - Atendimento clínico a crianças com diagnóstico de TDAH e registro do primeiro caso segundo o grupo D

SUJEITO	RESPOSTA	TEMPO
M1	Sim	Há 26 anos.
M2	Sim	Há 14 anos.
M3	Sim	Há mais de 15 anos.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Observamos que todos os médicos já possuem vasto tempo de experiência no atendimento de crianças e/ou adolescentes com diagnóstico de TDAH, sobretudo os neuropediatras.

Outra observação realizada nessa categoria foi na questão dos encaminhamentos, em todos os grupos os neurologistas são os mais citados como os que encaminham casos de TDAH para psicólogos, fonoaudiólogas e psicopedagogas. Ao questionarmos para eles e para a pediatra quem faz os encaminhamentos para eles, a resposta mais frequente foi a escola. Vejamos a fala do M1: “[...] tem muito das escolas, né? Os professores, as escolas, têm os alunos com suspeita de TDAH e... psicólogos, os próprios colegas médicos encaminham”. Essa questão nos remete à pesquisa que realizamos no Mestrado, em que verificamos, assim como outros autores, que as escolas são as que mais encaminham para avaliações diagnósticas, visto que é no processo de aprendizagem que muitas dificuldades, de diferentes naturezas, aparecem (SILVA, 2013; BARROS, 2014; CORDEIRO, 2016).

A partir da questão “O que é TDAH para você?”, vemos que todas as respostas estão objetivadas na questão biológica, ou seja, o TDAH é representado como um transtorno neurobiológico, seja por uma questão “genética” como evocado pelo M2 ou como um “prejuízo” citado pelo M1, ou “má formação neurológica” como explica a M3. Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 34 - Definição de TDAH e suas objetivações segundo o grupo D

SUJEITO	DEFINIÇÃO	OBJETIVAÇÃO
M1	“O nome diz, <i>né?</i> , um transtorno, sendo transtorno ele é um..., vamos dizer assim, há um prejuízo [...], escolar, acadêmico, é, um prejuízo familiar ou social, então, tem que obrigatoriamente haver esse prejuízo, então não basta ser agitado ou desatento [...]”.	Biológico
M2	“É um transtorno genético”.	Biológico
M3	“[...] isso é uma má formação, digamos, neurológica, de você, a sua célula cerebral é que não tem um perfil muito adequado e você não tem essas enzimas todas adequadas, onde você tem a distração, então isso é fisiológico, o TDAH verdadeiro é uma alteração fisiológica [...]”.	Biológico

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A medicina tende a olhar para o ser humano em seus aspectos orgânicos, portanto, os médicos veem a criança, em primeira instância, como um corpo que funciona perfeitamente ou com alguma disfunção. Dessa forma, o TDAH é visto como um transtorno ou uma disfunção biológica de um sistema orgânico. Por isso encontramos artigos e demais trabalhos científicos de neurologistas, pediatras, psiquiatras, entre outros reafirmando o discurso de que os corpos hiperativos e desatentos são fruto de uma patologia (SCHMITZ; POLANCZYK; ROHDE, 2007; GONÇALVES *et al.*, 2013; COELHO; MATTOS; TANNOCK; 2018).

Perguntamos em seguida o que causa o TDAH e as respostas reafirmam essa visão biológica do TDAH:

Quadro 35 - Causas de TDAH e suas objetivações segundo o grupo D

(continua...)

SUJEITO	CAUSA	OBJETIVAÇÃO
M1	“[...] não seriam bem causas, mas, supostas causas, que a gente fala, coisas assim, como, por exemplo, é..., anóxia de parto, anóxia neonatal, é possível que no futuro, a criança que teve anóxia de parto tenha um TDAH, isso já está comprovado. A questão da alimentação também [...], na verdade, assim, não tem uma causa específica [...]”.	Biológico

SUJEITO	CAUSA	OBJETIVAÇÃO
M2	“[...] a causa básica é genética, você acaba tendo um caso com uma alteração genética [...] você vê que tem uma diminuição dos neurotransmissores, dopamina e noradrenalina que eles estimulam os lobos frontais [...] os lobos responsáveis pelo autocontrole. Então quem tem, no caso, menor atividade dos lobos frontais vai ter uma diminuição do controle inibitório, com isso vai ter maiores sintomas, seja o lado hiperativo/impulsivo, seja o lado desatento [...]”.	Biológico
M3	“Hoje está uma incógnita muito grande, [...] uma das maiores investigações hoje estão sobre as telas. A onda de luz azul, que talvez fizesse um discernimento [...] existe algumas crianças que têm predisposição, as prematuras têm uma predisposição, algumas células cerebrais que tiveram uma hipóxia, tiveram uma predisposição, mas aonde é o fator causal, X, que você vai lá e faz um exame e aquele exame te dá, não tem ainda na ciência, pelo menos não que eu saiba”.	Biológico

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Vemos que as narrativas aqui representadas por alguns médicos são as mesmas dos discursos sobre TDAH encontrados em diferentes meios e semelhante à de alguns psicólogos, fonoaudiólogas e psicopedagogas, mas que utilizam forma mais sintética. Na pesquisa de Lacerda (2018), por exemplo, vemos o TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento associado à prematuridade, semelhante ao que relatou a M3. O autor se baseia no DSM para classificação e o processo diagnóstico, logo, enfatiza que o tratamento padrão é o medicamentoso.

Em nossa perspectiva ainda há uma confusão na nomenclatura do transtorno e no seu uso, pois muitos responsáveis por esse diagnóstico generalizam os comportamentos, as comorbidades e os transtornos, tratando tudo como se fosse um caso só. Excluem-se as especificidades humanas e todo comportamento hiperativo e desatento é taxado de TDAH. Vimos na seção dois que outros transtornos e outras condições podem desencadear um déficit de atenção e uma hiperatividade como consequência, não sendo TDAH. Essa confusão fica mais evidente quando nos deparamos com estudos que afirmam que o TDAH pode persistir na vida adulta, como citam Rohde e Halpern (2004, p. 67):

Estimativas conservadoras documentam que cerca de 50% dos adultos diagnosticados como tendo TDAH na infância seguem apresentando sintomas significativos associando prejuízo funcional. Ao longo do desenvolvimento, diminui a hiperatividade, restando frequentemente déficits atencionais e impulsividade, especialmente cognitiva (agir antes de pensar).

Considerando a citação, 50% dos adultos que tiveram TDAH na infância se curam do transtorno ao longo da vida. Ora, uma criança com Dislexia, por exemplo, possui um transtorno

neurobiológico que afeta a aprendizagem, mas esse transtorno nasce com o sujeito e não desaparece na vida adulta, ou seja, segundo Araújo e Luna (2005), ele não tem cura. O que pode acontecer é uma adaptação do sujeito as suas dificuldades de leitura, como aprender a aprender de outras formas. Sendo o TDAH também um transtorno neurobiológico que afeta a aprendizagem, por que é passível de cura na vida adulta? Transtornos não possuem cura, mas, sim, uma melhora no quadro em virtude de tratamentos que ajudam o sujeito a superar suas dificuldades, a fim de conquistar a aprendizagem e o desenvolvimento global. Essas constatações só reafirmam a nossa teoria de que muitos comportamentos sociais estão sendo taxados de transtornos e que a desatenção e a hiperatividade podem ser tratadas com terapia e outros meios, dispensando o uso de medicamentos.

Finalizando essa categoria, questionamos: “O TDAH seria mesmo uma invenção da mídia ou da indústria farmacêutica?”. Os três médicos afirmaram que o TDAH existe. O M1 após rir dessa informação responde que “[...] não é invenção coisa nenhuma [...]” com base em sua prática clínica. O M2 afirma que essa informação “[...] é uma besteira [...] uma falácia [...]”, argumentando que em 1902 Still já tinha escrito artigos sobre isso e que hoje algumas mídias deturpam as informações sobre esse assunto. A M3 reforça que infelizmente o TDAH existe e faz o seguinte relato:

Não. Infelizmente não. O TDAH verdadeiro, o doente, não é uma invenção, ele realmente tem déficit dessa dopamina, de produção, dele, é fisiológico dele. Agora, a mídia exagerou. Então a indústria farmacêutica é claro que se aproveitou dos distúrbios comportamentais, dos distúrbios de aprendizagem, tem outras causas e misturaram tudo em um balaio só. Então tudo é TDAH, isso não é real. Ele é real, ele é verdadeiro, o número não é grande, mas está muito misturado com os transtornos de aprendizagem de outras áreas que aí acaba se misturando e virando uma, moda. Que não deveria ser.

Dessa forma, a categoria “Conhecimento sobre TDAH” indica que as representações sociais dos médicos sobre o que é TDAH e suas causas são objetivadas por meio de explicações de cunho biológico. Os argumentos sobre sua real existência estão ancorados tanto em discursos médicos quanto em vivências práticas. Assim como as psicopedagogas, há uma clara afirmação sobre questões biológicas ligadas ao verdadeiro TDAH, como expomos na seção 2. O que nos intriga é que as causas, sejam genéticas, neuroquímicas ou prematuridade, bem como o processo diagnóstico são amplamente discutidos em vários estudos na área da Medicina, os quais fazem menção a testes e questionários para levantamento de sintomas (FREIRE; PONDE, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2016; FELDMANN, 2017), mas poucos são pautados em exames que

comprovem nitidamente o fator biológico. Resta-nos saber se os diagnósticos e os tratamentos estão em consonância com essa concepção de sujeito hiperativo e desatento.

Adiante, apresentamos os dados coletados na categoria “Diagnóstico do TDAH” do grupo D. Na questão “quais instrumentos você utiliza para realizar o diagnóstico de TDAH?”, obtivemos as seguintes respostas:

Quadro 36 - Instrumentos citados pelos médicos para realização do diagnóstico de TDAH

SUJEITO	INSTRUMENTOS CITADOS
M1	<i>Anamnese</i> ; <i>Snap</i> 4 para crianças; ASRS 18 para adolescentes; relatórios (de professores e de outros profissionais).
M2	<i>Anamnese</i> ; relatório escolar; avaliações de outras áreas para excluir outros diagnósticos (com psicólogo, por exemplo); relatório de outros profissionais caso esteja em acompanhamento.
M3	Observação da criança como um todo: desenvolvimento motor; relação familiar; alimentação e vacinação.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota-se que os médicos utilizam, na maioria, questionários (*Anamnese*, *Snap*, ASRS) e relatórios, o que está em consonância com o que foi encontrado em outras pesquisas científicas (FREIRE; PONDE, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2016; FELDMANN, 2017). Reafirma-se aqui a constatação de um diagnóstico puramente clínico, mesmo em uma área que afirma haver possibilidade de identificar a neurobiologia do TDAH por meio de ressonâncias e outros aparelhos. Não foi mencionada a realização de exame neurológico ou qualquer outro tipo de exame para identificar o TDAH. Dessa forma, o diagnóstico, assim como vemos em muitas críticas (COLLARES; MOYSÉS, 1994), de fato é realizado apenas por meio de investigação verbal dos supostos sintomas (comportamentos descritos por familiares ou escola).

O M1 que evocou como supostas causas uma anóxia neonatal não mencionou a realização de exames ou consulta a exames neonatais. O M2 que mencionou a diminuição dos neurotransmissores não relatou sobre o uso de ressonância magnética, por exemplo, que alguns autores citam como ferramenta que identifica essa condição. A M3 que falou sobre ondas azul e prematuridade, que investiga o corpo por meio do desenvolvimento, da alimentação e da vacinação, que são elementos que podem contribuir para o surgimento de uma agitação e desatenção se não forem bem administrados, contudo. Contudo, não é possível comprovar com exatidão a presença de um fator neurológico, como a falta de produção de dopamina, como ela explicou ao se referir à causa do TDAH e nem exames que comprovem a relação com suas causas evocadas.

Ainda na categoria sobre o diagnóstico, perguntamos se além dos instrumentos mencionados há realização de entrevistas com outras pessoas do convívio da criança. Todos afirmaram realizar entrevistas com os pais e solicitam relatórios dos professores da criança. Essa constatação é importante, sobretudo para os médicos, pois como verificamos é a escola quem faz os encaminhamentos. Neste caso, a consulta aos profissionais dessa área é fundamental, o que requer por parte dos mesmos que elaboração de um relatório bem detalhado, já que eles são os que mais conhecem a criança com as queixas.

A última pergunta dessa categoria foi sobre a orientação que eles passam para os pais e para a escola após o diagnóstico.

Quadro 37 – Orientações mais passadas para pais e escolas dos sujeitos com TDAH, segundo o grupo D

SUJEITO	ORIENTAÇÃO PARA PAIS	ORIENTAÇÃO PARA ESCOLA
M1	“[...] a gente conversa com os pais, explica muito bem [...] eles precisam ver o que a criança está passando, e ajudar essa criança [...] algumas crianças que têm melhorado muito nessa interação com os pais [...]”.	“Bom, eu, eu devolvo para escola um laudo, pois é importante a escola saber que firmei o diagnóstico, o que ele vai tomar, que medicação que vai tomar e quando vai tomar [...] muitas vezes eu peço avaliações mediadas e diferenciadas [...] separada, com mais tempo [...]”.
M2	“Geralmente para os pais eu oriento o que é o transtorno, de onde veio, como é que funciona, como é a história genética, que época vai melhorar, percentual de melhora, o que é que pode acontecer e tudo, passo livros [...]”.	“[...] Para a escola eu faço o laudo [...]”.
M3	“[...] você coloca a família no entendimento da doença, no que é necessário para fazer a atuação dela [...]”.	“[...] você avisa essa escola para que seja parceira dessa terapia [...] traz ela para frente, põe uma professora auxiliar, faz uma colaboração, muda a metodologia de prova, muda a metodologia de cobrança [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As orientações aos pais estão voltadas ao entendimento a respeito do transtorno. Já para a escola os profissionais devolvem o laudo para saberem o que será realizado como tratamento, unanimemente citado como medicamentoso. Há, ainda, sugestões quanto à metodologia. Como exemplo, destacamos a fala do M2:

[...] Para a escola eu faço o laudo, a respeito, porque, assim, não tem como a gente orientar a escola, cada caso. Eu falo isso daí é, infelizmente, uma deficiência na formação dos professores. Eles não têm, eu dei aula para professores, na pós-graduação, por muito tempo; a ignorância deles sobre o assunto é muito grande, e os preconceitos também. É impressionante! Quando você tem um preconceito a respeito, então, assim, então... oriento, sempre falo

que a escola tem que procurar uma orientação, tem que saber como lidar e tudo, eu falo senta na frente, passo algumas orientações, mas, assim, infelizmente isso é um déficit na formação dos professores; tem mudado bastante, os professores têm me procurado mais, tem ido mais atrás (M2).

Ao questionarmos os médicos sobre as orientações para a escola, nosso intuito foi confrontar com as narrativas por parte dos docentes de que não há um retorno das clínicas de avaliação, pois o laudo já chega pronto (CORDEIRO, 2016). Isso pôde ser confirmado nas narrativas desse grupo e dos demais.

Em relação à acusação do M2 sobre a má formação docente, vale salientar que não cabe ao professor realizar o diagnóstico, mas, sim, cumprir com seu papel de mediador do conhecimento, ajudando a criança a aprender e a se desenvolver. Para isso, é necessário, em casos de transtornos, síndromes e doenças, que o docente tenha pleno conhecimento das condições que afetam o seu aluno, visto que possuem repercussões escolares que prejudicam o processo de ensino e de aprendizagem, logo, demanda uma atenção maior do professor em relação a sua prática pedagógica. Nesse sentido, durante formação docente, seja a inicial ou a continuada, são necessárias discussões sobre a patologização e a medicalização, conforme já explanamos (MESQUITA, 2009; NAZAR, 2011; SILVA, 2014; SPERANDIO, 2014; ALVARENGA, 2017; CÔAS, 2017).

Um aluno que possui déficit de atenção por um comprometimento na primeira unidade cerebral possui implicações no seu estado de alerta, o que pode desencadear uma hiperatividade. Nesse contexto é importante que o professor trabalhe, por exemplo, com atividades que estimulem o desenvolvimento dessa atenção. Já um déficit de atenção por disfunção na área terciária pode, por exemplo, impactar a atenção seletiva, o que demanda atividades mais visuais, auditivas ou sensoriais, que se diferem do caso anterior (LURIA, 1991).

Considerando o exposto, o retorno da avaliação clínica é de suma importância no trabalho do professor, a fim de que ajude seu aluno a desenvolver as habilidades necessárias para, então, aprender os conteúdos escolares. Mas para que esse *feedback* seja possível, o médico responsável deve realizar uma investigação mais assertiva para identificar o que está acontecendo com o sujeito, não apenas considerando as queixas que o levam para avaliação e sentenciar o diagnóstico com base em manuais. É necessário excluir todos os elementos passíveis de confusão com o transtorno.

Dessa forma, não concordamos com a fala do M2 ao dizer que a formação do professor possui déficits no que tange à compreensão dos transtornos, pois algumas disciplinas do curso de Pedagogia abordam conhecimentos necessários para trabalhar pedagogicamente com

crianças com necessidades especiais educacionais. Todavia, a experiência de fato só é adquirida na prática docente, ao longo da vida profissional. Isso significa que nem sempre os professores encontram-se preparados para lidar com as dificuldades de seus alunos. Por isso, não isentamos a participação do professor nesse processo de cuidado e educação escolar da criança e do adolescente com diagnóstico de TDAH ou qualquer outra dificuldade/transtorno. É necessária uma formação continuada, cada aluno é único e cada dificuldade é específica daquele sujeito.

O professor precisa estar em constante formação para não dar margens a acusações como “ignorância sobre o assunto”, “preconceito” e outras que advêm de discursos que se declaram superiores e que insistem em desprestigiar o professor como se ele e a escola fossem responsáveis e culpados por todos os problemas sociais, desvalorizando cada vez mais a educação escolar. Como o professor pode realizar um bom trabalho no processo de ensino e de aprendizagem se a equipe que deveria dar apoio não esclarece o que de fato a criança possui?

O laudo por si não é suficiente, pois no estudo realizado por Lenzi (2015) foi possível constatar que os diagnósticos médicos efetivam um laudo logo na primeira consulta, sem uma análise do contexto sócio-histórico e não há comunicação entre professores e profissionais que efetivam o diagnóstico. Dessa forma, esse processo e a escolha do medicamento para tratamento contribuem para a difusão do biopoder, descrito por Foucault (1999). Nesse sentido, a medicalização da educação é um instrumento para aquietar os corpos infantis. Pelo que vimos até o momento, os grupos entrevistados compactuam dessa estratégia.

A M3 foi a única a citar orientações para escola, sendo suas sugestões mais comuns às mudanças que devem acontecer com a criança diagnosticada, no que tange à metodologia de ensino. Porém, o professor não precisa de orientações sobre onde sentar o aluno, como ensinar ou como avaliar, pois isso ele deve buscar dentro da área da Educação. Não compete à área da Saúde ensinar o professor a lecionar, o que se espera é a informação sobre quais comprometimentos biológicos e/ou sociais o sujeito com dificuldade de aprendizagem possui, para que então se faça um planejamento pedagógico assertivo, que ajude o sujeito a desenvolver as habilidades que faltam. O docente que alia formação continuada com a informação das causas e características, bem como as necessidades específicas de aprendizagem que seu aluno possui, saberá planejar a aula ajudando-o a superar seus limites e potencializar as habilidades que já possui.

A seguir temos a categoria “Tratamentos”, cuja primeira pergunta busca respostas sobre quais tratamentos são mais recomendados pelos médicos quando recebem uma criança com suspeita de TDAH e dificuldade de aprendizagem. Vejamos as respostas dos entrevistados:

Quadro 38 - Tratamentos mais recomendados para casos de TDAH pelos médicos

SUJEITO	TRATAMENTOS RECOMENDADOS
M1	“[...] primeiro eu vou pedir auxílio da psicopedagoga ou da pedagoga, da escola, né? [...]”.
M2	“Primeiro eu analiso [...] dentro do ambiente familiar, analiso o ambiente escolar, eu sempre peço um relatório, para analisar os dois lados, se o quadro típico, clássico, clínico que fecha o diagnóstico eu entro com, ali, se está tendo repercussão, se forem repercussões leves, eu posso indicar geralmente um acompanhamento psicológico [...] ou se é dificuldade escolar psicopedagogo, alguma coisa assim. Se eu vejo que está tendo repercussões mais importantes aí normalmente eu indico tratamento medicamentoso [...]”.
M3	“[...] verificar se ele realmente é um transtorno, se isso é real [...] eu gosto muito da parceria de um <i>neuro</i> , aonde o <i>neuro</i> vem e esse <i>neuro</i> , é, me faz as outras avaliações essenciais para discernir se é necessário o uso de medicamento ou não [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Vemos que as práticas de medicalização das dificuldades escolares se tornam cada vez mais comuns e nas falas médicas. Assim, os discursos que chegam até a escola de que o medicamento é necessário vai se naturalizando, e toda dificuldade passa a ser vista como algo patológico (LENZI, 2015; VENEZA, 2015; FERRACIOLI, 2018).

A fim de verificarmos os benefícios e os malefícios dos tratamentos citados pelos médicos, verificamos as seguintes respostas:

Quadro 39 - Benefícios e malefícios dos tratamentos para TDAH segundo o grupo D

SUJEITO	TRATAMENTO	BENEFÍCIOS	MALEFÍCIOS
M1	Encaminhamento	“Eu só vejo benefícios no, nos medicamentos que a gente usa [...]”.	“[...] o máximo que às vezes a gente encontra são efeitos colaterais dessas medicações, como tirar um pouco o apetite, em alguns casos, não são todos os casos”.
M2	Medicamentoso	“[...] o metilfenidato [...] é o medicamento mais impressionante da medicina, porque, assim, no primeiro comprimido melhora [...] a criança vem sorrindo, feliz da vida [...]”.	“[...] malefícios estão relacionados a efeitos colaterais que você vai ter no caso, principalmente, do metilfenidato, que é a diminuição de apetite [...] náusea e dor de cabeça geralmente [...] por não se alimentar muito bem [...]”.
M3	Medicamentoso	-	“O medicamentoso se não colocado de forma correta, inclusive uma Ritalina que você, que você vai administrar, é, um dos efeitos colaterais dela é uma arritmia cardíaca levando a óbito [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Apesar do M1 ter se referido ao encaminhamento para psicopedagogas e pedagogas, ao falar sobre os benefícios e malefícios do tratamento evocou a medicação como forma de aumentar os níveis de atenção. O M2 fez referência à felicidade com que o sujeito chega na clínica após iniciar esse tratamento. Já os malefícios foram objetivamente citados por todos, como: perda de apetite; náusea; dor de cabeça; arritmia cardíaca, dentre outros que estão em concordância com o que constatamos nas bulas de alguns medicamentos analisados na seção 3. Mesmo que os malefícios do medicamento estejam mais claros e sejam mais citados do que os benefícios, ele é receitado pelos médicos aqui entrevistados.

Ainda na categoria de tratamentos, questionamos a opinião do grupo D sobre as formas de tratamentos existentes para o TDAH. Todos citaram a importância do tratamento multidisciplinar, ou seja, o apoio psicológico e psicopedagógico, sobretudo, são vistos pelos médicos entrevistados como formas de tratamentos de TDAH, sendo evocados como: “preciso”; “super vantajoso” e “tudo”. Conforme vimos na seção dois, os tratamentos para TDAH não são restritos a medicamentos, mas pelos discursos médicos que aqui encontramos e vemos nos meios diversos, constata-se a imposição de um tratamento padrão, o medicamentoso.

Para finalizar essa categoria questionamos quais as formas de tratamentos do TDAH que o grupo D mais utiliza, ou seja, na área da medicina, quais as formas de tratamentos mais utilizadas com crianças e adolescentes com TDAH. Vejamos as evocações no quadro a seguir:

Quadro 40 - Formas de tratamentos mais utilizadas para TDAH pelos médicos

SUJEITO	TRATAMENTOS UTILIZADOS NA MEDICINA
M1	“São os medicamentos [...]”.
M2	“No meu caso é a indicação medicamentosa [...]”.
M3	“[...] a parte da minha pediatria é organizar o corpo, a organização corporal, estruturar a alimentação, estruturar a família no cuidado e ser um orientador para as atividades paralelas que ela necessite [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os tratamentos da medicina são em essência medicamentosos, sobretudo na especialidade da Neurologia. No caso da pediatra entrevistada, M3, ela afirma que nunca prescreveu uma Ritalina®, mas porque sempre que há dúvidas ela encaminha para um neuropediatra investigar e, se necessário, receitar.

A última categoria de análise é “Medicamentos”. Aqui podemos identificar as representações sociais do tratamento medicamentoso por parte dos médicos. Questionamos se eles consideram que o medicamento contribui para um melhor desempenho escolar da criança. As respostas encontram-se no quadro a seguir:

Quadro 41 - Opinião dos médicos sobre a contribuição do medicamento para um melhor desempenho escolar em crianças com suspeita de TDAH

SUJEITO	OPINIÃO SOBRE MEDICAMENTO
M1	“Sim. O medicamento. O problema apresentado na escola é a desatenção. E a desatenção leva a criança a ficar agitada. Quando ela toma a medicação ela se concentra”.
M2	“Nitidamente. É nítido, assim, melhora muito. Tanto que eu sempre digo para a família ‘tem que melhorar’, se não melhorar a gente suspende [...]”.
M3	“Depende. O medicamento bem inserido para quem não produz dopamina e você precisa do sensor, que é fundamental. É que nem o diabético que não utiliza insulina. Então eu posso até fazer um controle alimentar, não comer açúcar, mas se meu processo não está compensado, ali a produção exagerada eu preciso da insulina, a insulina não vai me matar [...]”.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os neurologistas afirmaram com convicção que o medicamento ajuda no melhor desempenho escolar, o M1 argumenta que o medicamento ajuda na concentração que, por sua vez, leva ao aprendizado. Já o M2 enfatiza que essa melhora é nítida. A M3 respondeu que depende, pois em casos de TDAH cuja causa é a falta de produção da dopamina, pode ajudar, porém, se as causas da desatenção e da hiperatividade forem outras podem trazer prejuízos à saúde, como esclarece na analogia: “[...] se eu não sou diabética e eu insisto que eu sou e vou injetar insulina eu vou morrer por hipoglicemia, porque meu açúcar baixa demais, porque está inadequado. Então, a terapêutica adequada não há problema e não há risco, o problema é você chegar nessa conclusão [...]” (M2). Nas palavras da pediatra, a questão é chegar ao diagnóstico correto, pois um déficit de atenção e/ou hiperatividade por fatores externos, por exemplo, não necessitam de medicação.

Ao questionarmos se os medicamentos possuem mais benefícios ou malefícios verificou-se que todas as respostas indicam que o medicamento possui mais benefícios, ainda que haja um motivo que cause dúvidas, como vemos, por exemplo, na fala do M2:

Aquilo que eu comentei da outra vez, benefícios, é nítido, a diferença é nítida, não existe malefício. O medo que se tem da família é o que? Que a criança tenha dependência à medicação. Na realidade, não há dependência química descrita [...] em relação à principal medicação de escolha, que é o metilfenidato. Tanto que é uma medicação que dependendo se afeta a escola a gente só medica na escola. Que medicação que causa dependência que você para quando quer? Entra de férias, para de uma vez. Ah, entrou nas férias de fim de ano, a criança para em dezembro e fica até fevereiro sem tomar. A criança nunca vai pedir para tomar em casa, “ah, me dá o remédio, eu quero”. Não tem isso, não existe malefício, existem efeitos colaterais; a não ser quando é mal indicado. Se você pega uma criança que não tem TDAH e você dá a medicação é claro que ela vai piorar. Isso normalmente que eu vejo que as pessoas falam “olha, tomou, ficou...”. Claro! Se a criança não tem TDAH e vai tomar um psicoestimulante, obviamente que ela vai piorar. Igual quem não tem hipotireoidismo e vai tomar remédio para tireoide ou quem não tem

diabete e usa insulina. É a mesma coisa. Então se a criança tem o transtorno o benefício é nítido, se a criança não tem o transtorno é claro que vai ter o malefício porque ela está tomando um remédio que não é para ela. É assim que funciona (M2).

Ainda que sejam apontados alguns malefícios, como os efeitos colaterais, o medicamento, na visão dos médicos traz mais benefícios do que malefícios.

Como observamos ao longo das apresentações e análises das narrativas, o discurso médico de que os comportamentos hiperativos e desatentos são transtornos biológicos e que, portanto, devem ser tratados com medicamento, predomina nas representações sociais sobre TDAH e medicação, o que influencia no processo diagnóstico e nos tratamentos. Esse impacto negativo influencia na práxis profissional de todos que participam do atendimento de crianças e adolescentes, de forma a olhar seus corpos pelo viés biologizante, buscando respostas patológicas, descartando muitas vezes os aspectos sociais do sujeito.

Durante a análise comparativa de dissertações e teses sobre TDAH e medicalização observamos que alguns resultados se repetem em diferentes locais por meio de diferentes coletas e apurações. Os trabalhos da Educação que versam sobre essas temáticas encontraram nas escolas a patologização das dificuldades escolares, muitas vezes pautados nos discursos médicos divulgados em mídias, palestras e outros meios a que se tem acesso. Por isso a medicalização nesse contexto é vista como comum e cada vez mais natural (CRUZ, 2014; SILVA, 2014; OLIVEIRA, 2015). Ao vermos essas narrativas médicas pelas entrevistas realizadas, nossa tese complementa seus resultados, ao passo que as pesquisas desses autores complementam a nossa, pois verificamos que o discurso médico e/ou *psi* (PESTANA, 2014; FANIZZI, 2017), assim o são porque há uma visão biologizante, reducionista, do ser humano.

Esses discursos identificados por diferentes pesquisas, em diversos campos de atuação, insistem em divulgar amplamente o TDAH como uma patologia da dificuldade escolar que precisa ser medicalizada, caracterizando todas as crianças e adolescentes que fogem de um padrão de comportamento idealizado. Nas narrativas do grupo D temos a confirmação da propagação dessas ideias neurocomportamentais, que insistem em defender o corpo hiperativo e desatento como oriundo de um comprometimento neurobiológico, mas que não é comprovado, pois não existem exames capazes de comprovar a existência de TDAH, como apontam Moysés e Colares (2011).

Assim como constatado entre os participantes da pesquisa realizada por Lenzi (2015), nossos entrevistados também não realizam exames neurológicos para o diagnóstico. Ainda nesse contexto, enfatiza-se a necessidade do uso de medicamentos que constantemente

provocam efeitos colaterais diversos, como se fossem um mal necessário e a única forma existente para tratar desatenção e hiperatividade. Com a ampla divulgação desses discursos em diversos meios, outros profissionais acabam por incorporá-los sem refletir sobre todo o contexto e as ações implícitas, repassando-os e ignorando os fatores históricos, culturais e sociais que circundam nossa formação. Por isso vemos psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos reafirmando a necessidade de medicamentos para melhorar o desempenho escolar e significando novos padrões de comportamento como transtornos.

Tal constatação justifica a necessidade de trabalhos como o nosso e de outros autores como Santos (2015), Camizão (2016) e Porto (2016), que reforçam o olhar sobre os corpos e seus comportamentos pelo viés sócio-histórico, salientando que o meio influencia na formação do sujeito, sobretudo em seu comportamento, afinal, o corpo fala, se expressa e reflete os sentimentos do sujeito. A atenção também é afetiva, é um constructo social, somente temos atenção a que(m) nos interessa, ao(a) que(m) gostamos e isso se efetiva pelas relações com o meio e com o outro.

Nesse viés, também ressaltamos a impotência de olharmos para crianças e adolescentes em seus contextos socialmente agitados, atarefados e estressantes. Como formar corpos controlados se não temos espaços para as crianças brincarem e liberarem suas energias ou para os adolescentes praticarem atividades físicas? No que concerne ao contexto histórico, devemos considerar a globalização, as tecnologias e demais aspectos que ao longo dos anos foram contribuindo para que novas gerações desenvolvessem novas formas de ser e de aprender. Como esperar que as gerações atuais tenham o mesmo foco de atenção se o ambiente em que vivemos possui mais estímulos visuais, proporcionando uma fragmentação da atenção visual? A linguagem que antes era intensa, permeando o desenvolvimento das habilidades cognitivas, hoje é escassa, atrasa o desenvolvimento da atenção auditiva, seletiva, entre outras. O contexto político, capitalista, em tudo vê uma forma de aumentar os lucros, mesmo que para isso transforme os corpos saudáveis em doentes e crie uma necessidade de medicar para tratar. Dessa forma, como podemos aceitar que todas as crianças tenham laudos e precisam de medicação, se as dificuldades escolares, considerando o exposto, possuem causas sociais?

Conforme identificamos, os próprios profissionais entrevistados consideram que os fatores sociais podem contribuir para a desatenção e a hiperatividade. Dentre esses fatores, mencionam a falta de disciplina e de apoio da família na educação do sujeito. Concordamos com Camizão (2016) quando afirma que partimos mais do laudo para a pesquisa do que do sujeito e suas dificuldades específicas para a intervenção. Assim como em sua dissertação,

também constatamos a imposição dos conhecimentos médicos, ignorando o desenvolvimento humano nos aspectos cognitivos, emocionais, afetivos e sociais.

No grupo A vemos que os psicólogos evocam fatores sociais como causas do TDAH e ao analisarmos as narrativas concluímos que esses fatores promovem um comportamento inesperado nos sujeitos e que possui características semelhantes ao do referido transtorno, logo, há uma confusão entre esses comportamentos e o que de fato é TDAH, podendo resultar em falsos diagnósticos.

No grupo B as narrativas revelam uma discriminação de comportamento e de transtorno um pouco maior, apesar de ainda estar permeado pelos mesmos discursos. Há uma representação do transtorno como biossocial, sendo que podemos ter, no entendimento das fonoaudiólogas, um comportamento advindo de um comprometimento auditivo ou das influências do meio. Contudo, o medicamento ainda é visto como tratamento principal.

O grupo C apresenta as ancoragens mais profundas nos discursos médicos. Apesar de ele definir o TDAH como um fator biológico, considera que os casos que chegam podem ser simplesmente fruto de uma condição social. Mesmo assim, evocam, com base em suas experiências, que muitas crianças e adolescentes podem ter recebido um diagnóstico errado. O medicamento ainda é visto como predominante, mesmo que a atuação do psicopedagogo vise o desenvolvimento de habilidades, muitas vezes por meios lúdicos.

Conforme já salientado, o grupo D nos confirmou, por meio das narrativas, o discurso disseminado por eles e constatado nas falas de outros profissionais, conforme vemos em nossas entrevistas e nas narrativas de psicólogos e educadores entrevistados por Côas (2017), Gideoni (2015), Veneza (2015), entre outros. Nesse contexto, crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade são diagnosticadas com TDAH de forma clínica, por meio de questionários e testes simples, que não evidenciam qualquer lesão ou disfunção. Ainda assim, insistem nesse laudo de TDAH. Além disso, o uso de medicamento é unânime, mesmo que não se concorde com esse tratamento ou que ele seja considerado perigoso em alguns casos. Enquanto este for o discurso predominante há quem faça prescrições e uso de medicamentos, seja para doenças, transtornos ou para melhorar a performance intelectual. Enquanto isso, os organismos responsáveis lucram com as vendas exorbitantes de medicamentos.

Conforme salienta Veneza (2015), a escola precisa assumir seu papel de educar com base em conhecimentos cientificamente acumulados, de forma sistematizada, ajudando o aluno a desenvolver de forma plena, suas habilidades. Para tanto, os professores precisam recuperar o controle dos conhecimentos do campo da Educação, compreender as teorias do desenvolvimento humano, assumir didáticas positivas quanto ao ensino eficaz e a aprendizagem

de qualidade. Enquanto não nos preocuparmos com os efeitos que o ciclo de patologização causa, teremos uma crescente cultura de medicalização que nada resolve nossos reais problemas.

Afirmamos que os inúmeros diagnósticos de TDAH só estão em alta no momento, porque coincidem com o surgimento de um novo padrão de comportamento humano. Em breve, nossa sociedade será totalmente composta por sujeitos mais ativos e com atenção cada vez mais dividida, isso se conseguirmos fazer com que todos compreendam que esse novo padrão de comportamento é “normal” em nossa sociedade. O olhar biologizante precisa ser desfeito, precisamos de uma formação mais abrangente, que nos permita ver o sujeito aprendiz como um ser biopsicossocial, situado em um contexto agitado, no qual precisa dividir sua atenção em múltiplas tarefas.

Não precisamos, para isso, de medicamentos que aumentem nossa performance (atenção, memória, controle dos impulsos), precisamos de uma educação que ajude as crianças desde a educação infantil, desenvolverem capacidades essenciais para aprendizagens futuras de leitura, escrita e cálculos, que, aos poucos, evoluam para novas aprendizagens, proporcionando o desenvolvimento cognitivo, social, emocional, entre outros. Para isso, é necessário investir nesse campo, a fim de formar professores qualificados para o desenvolvimento de habilidades.

Ao compreendermos e aceitarmos que essa é uma nova sociedade que produz um novo Homem, passaremos, todos, a nos olharmos mais pelas nossas habilidades do que para um corpo doente. As escolas passarão a ensinar mais com o fim de desenvolver habilidades. Os profissionais da Saúde passarão a realizar menos diagnósticos e mais tratamentos que potencializem as ações dos sujeitos. Cada indivíduo compreenderá mais seu corpo e seu comportamento.

Por isso, consideramos que esse estudo confirmou a nossa tese: o que os discursos médicos chamam hoje de TDAH, não é um diagnóstico real, pois não há comprovação que revelem comprometimentos de cunho orgânico nos diagnósticos realizados pelos nossos entrevistados. Deparamo-nos, portanto, com uma representação de TDAH ancorada nos saberes presentes nos discursos médicos massivos, divulgados na mídia, nas formações de professores e financiados pela indústria farmacêutica, dentre outros organismos interessados no lucro da venda de medicamentos e no controle dos corpos desde a infância. Um suposto transtorno é criado e divulgado para fortalecer o olhar biologizante, que atinge desde a tenra idade todas as nossas crianças. Por isso, o TDAH é um instrumento do biopoder para controlar os corpos, ditando o padrão de comportamento ideal; o que foge desse ideal deve fazer uso de

medicamentos para melhorar o desempenho acadêmico e, futuramente, o profissional. A manipulação dos corpos (biopoder) empurra-nos para a cultura da medicalização (biopolítica).

Assim como nos estudos de Pestana (2014), Antoneli (2015), Cabral (2016), Ferreira (2016) e Noronha (2016), constatamos que os discursos medicalizantes produzem a subjugação dos corpos, especificamente em nosso estudo, dos corpos infantis, visto que a medicalização e o entendimento neuroquímico do sujeito contribuem para esse processo.

Além de alguns resultados serem comuns aos estudos levantados, nossa tese foi comprovada por meio de elementos que se diferem dos demais estudos, a saber: a) identificamos que os discursos médicos se formam a partir de um olhar estritamente biologizante, reduzindo crianças e adolescentes a corpos doentes. Dessa forma, os laudos revelam sempre uma patologia, encarando as dificuldades escolares como um transtorno de sujeitos que apresentam comportamentos fora do padrão idealizado e baixo desempenho escolar, ainda que as objetivações estejam pautadas em uma visão social, como nos casos de psicólogos e fonoaudiólogas; b) comparando os discursos médicos aos de psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos, identificamos a similaridade das representações sociais sobre o suposto TDAH e a medicalização.

O tratamento medicamentoso é unanimemente evocado como o principal nos casos de desatenção e hiperatividade (diagnosticado como suposto transtorno). Isso porque as representações dos participantes sobre o TDAH estão pautadas em questões biológicas, sendo sua caracterização a alteração do comportamento padrão e a falta de atenção. Nesse mesmo sentido, a representação de medicação é de um tratamento único para casos de desatenção e hiperatividade, revelando um processo de medicalização, pois independentemente da dificuldade ou da causa das queixas, indica-se psicotrópicos.

Essas representações influenciam, portanto, no diagnóstico de TDAH, pois se os comportamentos desatentos e hiperativos têm origem de fatores biológicos, todos os sujeitos que apresentarem essas características receberão o laudo de transtorno, cujo tratamento é a medicação. Eis a patologização dos problemas escolares, que acontece dos médicos para a escola e à família, que por sua vez assumem os discursos incessantes e encaminham para os diagnósticos.

As instituições de ensino, que são as principais fontes de encaminhamentos para diagnósticos, precisam compreender os novos paradigmas emergentes e contribuir para a formação de um novo cidadão, de forma emancipadora. Como vimos nessa tese, a instituição escolar contribui para a formação da identidade do sujeito. Nesse sentido, é preciso que as novas gerações reconheçam suas características como habilidades em constante desenvolvimento,

aprendam que sempre há novas formas de aprender, ensinar, conviver e ser. Para tanto, os professores e os gestores escolares precisam ajudar as crianças e adolescentes a compreenderem que nem tudo é problema e não são todos que devem ser medicados, mas, sim, tratados de outras formas. Nem tudo são doenças e transtornos, mas todos devem ser respeitados, não somos todos iguais, mas são as diferenças que nos tornam excepcionais. Por fim, não somos apenas corpos, mas, também, alma e espírito.

7 CONCLUSÃO

Antes de evidenciarmos as considerações finais sobre os resultados encontrados nesse estudo, relembremos que nosso objetivo foi identificar e analisar as representações sociais sobre TDAH e tratamento medicamentoso para psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos e médicos que atendem crianças e adolescentes com suspeita desse transtorno. Constatamos que as representações sociais dos participantes da pesquisa estão ancoradas nos discursos médicos, os quais defendem que o TDAH tem origem neurobiológica, necessitando, portanto, de medicamento.

Essas representações influenciam nos diagnósticos e formas de tratamento, pois se olharmos para crianças e adolescentes pelo viés estritamente biológico, ignoramos seu contexto social, histórico e político. Quando não consideramos as vivências sociais do sujeito, ao vermos corpos hiperativos e desatentos, passamos a caracterizá-los como patologias, deixamos de ajudá-los e os taxamos como culpados por suas condições. Como consequência, medicalizamos o sujeito, a fim de que tenhamos o controle de seu corpo/comportamento em prol do que se espera como “normal”, logo, produtivo.

Nossa tese foi confirmada por meio dos discursos médicos que se propagam nas narrativas dos diferentes profissionais entrevistados. O que vemos ser chamado de TDAH não é um diagnóstico correto ou real, pois trata-se de uma interpretação equivocada dos comportamentos infantis, promovida pela mídia, pela indústria farmacêutica e por organismos interessados em lucrar com a venda de medicamentos para o tratamento desse suposto transtorno, bem como em controlar os corpos, a fim de que produzam mais capital.

Por meio das narrativas de nossos entrevistados (psicólogas, fonoaudiólogas, psicopedagogas e médicos), constatamos que as causas da desatenção e da hiperatividade são evocadas a partir de fatores sociais, tais como falta de disciplina e de apoio da família na educação do sujeito. Apesar disso, os profissionais entrevistados, responsáveis por diagnósticos e tratamentos, definem esses e outros comportamentos como patologias. Em se tratando do TDAH, os participantes o definiram, em sua maioria, como um transtorno neurobiológico, de origem pré ou perinatal, necessitando, portanto, de tratamento medicamentoso.

Todavia, para que sejam evitados equívocos que podem comprometer a vida de quem recebe o laudo, consideramos importante que esses profissionais, bem como psiquiatras e demais envolvidos nos grupos de apoio a educação, levem em conta o contexto social do sujeito.

No que se refere especificamente à análise dos discursos do Grupo A (psicólogos), constatamos a prevalência da evocação dos fatores sociais como responsáveis pelo TDAH,

mesmo que em sua definição tenha preponderado o viés biológico. Ao analisarmos as narrativas, concluímos que esses fatores sociais representados a partir das experiências clínicas com as crianças e adolescentes que atendem, são na verdade comportamentos, que de fato possuem uma linha tênue no que se refere às características do TDAH, descritas pelos manuais e em discursos médicos. Considerando o exposto, há uma confusão entre comportamentos e o que de fato é TDAH, podendo resultar em falsos diagnósticos de transtornos.

Em contrapartida, o Grupo B (fonoaudiólogas) apresentou narrativas que revelam uma discriminação de comportamento e de transtorno um pouco maior, apesar de ainda estarem permeadas pelos mesmos discursos de patologização. Há uma significação do transtorno como biossocial, sendo que podemos ter, no entendimento das fonoaudiólogas, um comportamento advindo de um comprometimento auditivo ou das influências do meio. Contudo, o medicamento (metilfenidato) ainda é visto como tratamento principal, mesmo que tenham citado as possíveis relações de déficits de atenção e/ou hiperatividade com Transtorno de Processamento Auditivo (TPA).

As ancoragens mais profundas nos discursos médicos foram constatadas nas narrativas do grupo C (psicopedagogas). O grupo convictamente define o TDAH como um fator biológico, não considera que os casos que chegam às clínicas podem ser simplesmente fruto de uma condição social. Apesar disso, alegam, com base em suas experiências, que muitas crianças e adolescentes podem ter recebido um diagnóstico errado. O medicamento ainda é visto como predominante, mesmo que a atuação do psicopedagogo vise o desenvolvimento de habilidades cognitivas como a atenção e a praxia, muitas vezes por meios lúdicos.

A confirmação da disseminação de um discurso patológico nos meios clínicos e que chegam até as escolas, veio por meio das narrativas do grupo D (médicos). O discurso disseminado por eles é claramente reproduzido no discurso de outros profissionais, conforme vimos nas entrevistas. Apesar de praticamente todos os nossos entrevistados considerarem o TDAH como um fator neurobiológico, não há um exame dessa natureza ou métodos de avaliação que comprovem a sua existência. Nesse contexto, crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade são diagnosticadas com TDAH de forma clínica, por meio de questionários, que não evidenciam qualquer menção à integridade neurobiológica do sujeito.

Ainda assim, insistem nesse laudo e no uso de medicamento de forma unânime, mesmo que não se concorde com esse tratamento ou o considere perigoso em alguns casos. Constatamos na maioria das narrativas que os malefícios existem, mas, ainda assim, os quatro grupos de profissionais entrevistados julgam necessário o tratamento medicamentoso para o

déficit de atenção e a hiperatividade. Apesar de identificarmos essa tendência de aderência aos discursos médicos, também fica evidente por meio de algumas falas que esses profissionais sabem que há diferença entre transtornos e comportamentos agitados ou desatentos.

Precisamos assumir um novo discurso, pois esses comportamentos desatentos e hiperativos são, na verdade, um novo paradigma emergente, um novo padrão de comportamento infantil, ou seja, os corpos estão mais ativos e a atenção mais fragmentada, implicando no processo de aprendizagem. Porém, é mais promissor rotular esses comportamentos de agitados e/ou desatentos de transtorno, assim, se vende laudos e medicamentos. Para isso, os organismos interessados promovem a patologização das dificuldades escolares, incentivam a prescrição de medicamentos como forma exclusiva de tratamento para questões neurológicas, contribuindo, assim, para a manipulação dos corpos infantis, por meio da cultura da medicalização.

Há, portanto, uma relação entre os diagnósticos e o biopoder presente em nossa sociedade de forma que cada laudo contribui para a multiplicação da cultura da medicalização, na medida em que todas as dificuldades são vistas como patologias que precisam ser medicadas. Isso influencia sobremaneira na educação, visto que professores, mesmo com um laudo do aluno, ficam sem saber o que devem fazer. Aliando essa falta de informação com a falta de conhecimento e a incorporação dos discursos médicos, temos a marginalização do sujeito que tem o seu direito de aprender e se desenvolver arrancado de suas mãos, além de ser visto como o culpado da situação.

Esse olhar biologizante lançado sobre os sujeitos tem implicações para a área da Educação, visto que até as dificuldades escolares passam a ser interpretadas como patologias, quando muitos casos não são. A escola precisa assumir seu papel de educar com base em conhecimentos cientificamente acumulados, de forma sistematizada, ajudando o aluno a se desenvolver de forma plena, em suas habilidades. Para isso, não é necessário o uso de medicamentos que aumentem a performance (atenção, memória, controle dos impulsos) desse aluno, mas, sim, de didática e de uma boa formação docente. Os professores precisam recuperar o controle dos conhecimentos do campo da Educação, compreender as teorias do desenvolvimento humano, pensar em meios de ensino eficientes e na aprendizagem de qualidade. Enquanto não nos preocuparmos com os efeitos que o ciclo de patologização causa, teremos uma crescente cultura de medicalização que em nada resolve os reais problemas de rendimento escolar.

Precisamos de uma educação que ajude desde a tenra idade o desenvolvimento das capacidades cognitivas essenciais para desenvolvimento global do sujeito. Para isso, é necessário que o Estado invista nesse campo, é preciso formar professores qualificados para o

desenvolvimento de habilidades, bem como em recursos de outros campos como Psicologia e Psicopedagogia, que contribuam para a potencialidade das habilidades.

Ao compreendermos e aceitarmos que a nossa sociedade atual produz um novo Homem passaremos, todos, a nos olharmos mais como seres dotados de habilidades e singularidades do que um corpo doente. Já as escolas passarão a ensinar mais com o fim de desenvolver habilidades. Os profissionais da Saúde passarão a realizar menos diagnósticos e mais tratamentos que potencialize as ações dos sujeitos. Cada indivíduo compreenderá mais seu corpo e seu comportamento.

Vimos no decorrer da tese a construção histórica do TDAH. Ainda há dúvidas e discussões sobre sua existência, visto que a origem de seus estudos possui um passado um tanto nebuloso. O fato de pesquisas sobre doenças, distúrbios e transtornos que apresentam a tríade desatenção, hiperatividade e impulsividade ser vista hoje como totalmente à parte do TDAH gera argumentos sobre sua inexistência. No entanto, devemos considerar o contexto histórico, em que os recursos tecnológicos para estudar as doenças, os transtornos e outros aspectos não eram tão sofisticados como atualmente, dessa forma, o número de testes e o tempo de investigação era maior.

A princípio tivemos suas descobertas e primeiros estudos acerca da falta de atenção e da impulsividade que algumas crianças e adolescentes apresentavam já no início do século XX. Concomitante às descobertas sobre o cérebro e suas funções neurológicas, a atenção e o comportamento foram algumas das habilidades estudadas nesse período por diferentes áreas da Medicina. Até que tivemos a afirmação deste campo sobre um transtorno, neurobiológico, que acomete algumas raras crianças nos períodos pré e perinatais, acompanhando pela vida toda, resultando em déficits atencionais, hiperatividade e conseqüentemente, dificuldades na aprendizagem. Não descartamos a possibilidade de termos algumas crianças com essa condição, pois isso seria descredenciar parte das contribuições que a Medicina nos ofereceu.

Contudo, à medida que nossa sociedade foi evoluindo em termos tecnológicos, modificando o mercado de trabalho, o setor financeiro e até as relações sociais, a educação familiar e escolar também foi se adequando as novas realidades, com isso, contribuimos para a formação de crianças e adolescentes mais ativos e com atenção cada vez mais fragmentada. Nesse contexto, já não podemos mais falar em TDAH, mas, sim, em nova condição humana determinada pelo meio. Por isso, os conhecimentos da área da Educação e os trabalhos com olhares voltados ao meio sociocultural são tão importantes no cenário atual, pois consideram que o meio (social, cultural, político, econômico etc.) e o outro (familiares, professores, amigos...) também influenciam no desenvolvimento de habilidades como a atenção e o

comportamento. Não se trata de sobrepor um conhecimento ao outro, nem ignorar um e enaltecer o outro, mas, sim, uni-los em busca de melhor qualidade de vida, de forma que o desenvolvimento e a aprendizagem se efetivem de forma plena em todos os meios e aspectos.

Nossa tese foi comprovada por meio dos seguintes elementos: a) identificamos que os discursos médicos se formam a partir de um olhar estritamente biologizante, reduzindo crianças e adolescentes a corpos doentes. Dessa forma, os laudos revelam sempre uma patologia, encarando as dificuldades escolares como um transtorno de crianças e adolescentes que apresentam comportamentos fora do padrão idealizado e baixo desempenho escolar, ainda que as objetivações estejam pautadas em uma visão social, como nos casos de psicólogos e fonoaudiólogos; b) comparando os discursos médicos aos de psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogas, identificamos a similaridade das representações sociais sobre o suposto TDAH e a medicalização.

Esses foram os aspectos que mais chamaram nossa atenção, pois a partir deles identificamos o ciclo de patologização dos problemas escolares que vêm acontecendo na região em que essa pesquisa foi desenvolvida. Nesse ínterim, a escola encaminha os alunos com dificuldade de aprendizagem aos profissionais de Psicologia, Fonoaudiologia, Psicopedagogia e/ou Medicina, que possuem incorporados discursos biologizantes. Dessa forma, a chance de crianças encaminhadas com queixas de desatenção e hiperatividade receberem laudos de TDAH é grande. Ao retornarem para a escola, esses sujeitos, agora com um falso diagnóstico, não têm o amparo das escolas, pois há a tendência dos professores culpabilizarem o próprio indivíduo por sua condição, como se um transtorno neurobiológico o impedisse de aprender e se desenvolver.

Na concepção sociocultural entendemos que o que de fato existe são crianças com atenção fragmentada e hiperatividade. Dessa forma, independentemente de um transtorno, os educadores precisam garantir a eficácia de seu ensino, de forma a contribuir para o processo de aprendizagem e desenvolvimento; os psicólogos precisam trabalhar as habilidades emocionais desses sujeitos que podem sofrer com seus modos de ser e de aprender, ter autoestima baixa, dentre outros fatores; os psicopedagogos precisam trabalhar de forma a proporcionar o desenvolvimento dessas habilidades; os fonoaudiólogos precisam verificar se o comprometimento na atenção e no comportamento de fato não possui relação com um problema auditivo, bem como os médicos se há disfunções neurobiológicas.

Porém, o que verificamos por meio desse estudo é a desconsideração do meio e das novas relações sociais nas avaliações diagnósticas e, por isso, cada vez mais, o número de crianças ativas e desatentas, estão recebendo laudos de TDAH. Isso ocorre porque há uma forte

ação dos organismos interessados em divulgar tais comportamentos como transtornos, de forma que se estabeleça um padrão ideal, cujos sujeitos que não o apresentam, são denominados como aqueles que possuem patologias a serem tratadas. Assim, cria-se um patamar inatingível, um suposto diagnóstico. Os sujeitos são culpados e responsabilizados pelo seu fracasso e, conseqüentemente, medicalizados. Eis a atuação do biopoder evidenciado pelas ideias foucaultianas, que visa à disciplina do corpo, a fim de regular a vida da população (biopolítica).

As ações de organismos como a mídia, a indústria farmacêutica e os profissionais da saúde que cooperam com a manipulação da população por meio da biologização, constroem os discursos propagados e internalizados não apenas pelos profissionais presentes na vida de crianças e adolescentes, mas, também, nas vidas de mães, pais, familiares e responsáveis por estes sujeitos. Por isso, afirmamos que a responsabilidade pela medicalização é de todos nós, profissionais da Educação, da Saúde, pais e cuidadores de crianças e adolescentes.

Os estudos realizados ao longo da história do TDAH nos ajudam a compreender que o ser humano é complexo, dessa forma, percebemos porque o diagnóstico nunca é simples. Cada sujeito deve ser avaliado em sua singularidade, uma criança com TDAH nunca é igual à outra com o mesmo diagnóstico. A falta de atenção de um sujeito pode ter diversas causas: internas como danos nas estruturas neurobiológicas, falta de qualidade do sono; e externas como ambiente familiar conturbado por brigas, óbito de um ente próximo, entre outros. O cuidado, no entanto, com os diagnósticos, deve considerar que existem diferentes atenções e comportamentos e que cada uma pode ter influências externas ou internas. Isso implicará em respostas diferentes, em que cada fragilidade pode causar uma desatenção ou mudança de comportamento e para cada ação existe um tratamento.

Enquanto isso, nas escolas, os educadores, de forma geral, não podem ficar alheios a essas informações, visto que todo o processo diagnóstico e de tratamento implicam no desenvolvimento e rendimento escolar de seus alunos. Os professores precisam assumir a responsabilidade sobre as crianças e adolescentes com déficit de atenção e hiperatividade, visto que o papel de promover a educação sistematizada é dos docentes, independentemente se os alunos possuem ou não diagnósticos e se estão ou não em tratamento. Além disso, a ausência de responsabilidade dos docentes cria espaços para que o domínio do conhecimento científico fique nas mãos soberanas da área da Saúde.

Poucos são os professores que realizam estudos acerca do seu aluno com dificuldades, sobre o que implica em sua aprendizagem, menos ainda aqueles que se dispõem a criar estratégias pedagógicas que auxiliem seus alunos a superar as dificuldades de aprendizagem e adquirir o conhecimento de direito. Isso se vê pela falta de publicações na área da Educação

sobre TDAH, artigos, dissertações e teses que apresentem metodologias de ensino específicas para esses sujeitos, práticas pedagógicas que dão resultados eficazes com crianças e adolescentes com TDAH, dentre outros fatores relacionados com questões pedagógicas, tornando-se assuntos escassos nos meios científicos. Isso também vai ao encontro do capitalismo, pois publicações sobre intervenções pedagógicas não dão lucro, logo, não possuem investimento ou se quer outros incentivos.

Não é intenção dessa tese atribuir mais responsabilidades à escola, visto que essa instituição vem assumindo diferentes papéis e deixando sua essência de lado: ensinar conteúdos científicos. Nossa intenção é lembrar os professores de que seu papel é ensinar, promover educação de qualidade, pois é isso que nossas crianças, adolescentes e a sociedade como um todo precisa. Para tanto, o professor deve ter conhecimentos didáticos, suporte teórico, que o ajude a promover essa educação a todos os alunos, mesmo se tiverem transtornos. Mais do que isso, os professores precisam se ver como seres dotados de conhecimentos tão legítimos quanto desses profissionais da saúde, pois enquanto os professores tiverem representações sociais de si como pessoas passíveis e que não tem voz sobre os transtornos, as dificuldades e demais implicações do processo de ensino e de aprendizagem, não terá a credibilidade que merecem. Portanto, assumir o papel de responsável exige um novo olhar de si e isso leva às ações que permitirão toda a comunidade ver que quem fala em nome da educação e para o bem dos seus alunos, são os professores; bem como, quem tem a voz e o domínio do ensino e da aprendizagem é o docente.

A cultura da medicalização se torna maior do que a preocupação com o bem-estar dos alunos e seu pleno desenvolvimento, visto que tratamentos alternativos são desconsiderados e o medicamento é imposto como absoluto na resolução de todos os problemas escolares. Isso não fica apenas nas clínicas, pois chega até as escolas, impactando nos processos de ensino e de aprendizagem, além de ser compactuado com o restante da sociedade. Por isso, nossa tese assume o papel de resistência à patologização escolar e dos processos de medicalização, convidando todos os educadores a compartilharem dessa resistência, para tanto, faz-se necessário à reflexão sobre os supostos diagnósticos, a medicalização e o novo padrão de comportamento.

No entanto, essa pesquisa não esgota este assunto, visto que há um longo caminho a percorrer e muitas discussões a serem feitas em relação à patologização dos problemas escolares, sobretudo na perspectiva da TRS, que pode contribuir na elucidação das concepções mais inconscientes dos sujeitos. Precisamos de mais pesquisas sobre o assunto pelo viés de educadores (professores, gestores e coordenadores pedagógicos), que possuem

além do conhecimento teórico o conhecimento prático. Necessitamos de pesquisas que evidenciem a práxis pedagógica, que tenham como foco intervenções pedagógicas voltadas para a superação das dificuldades escolares.

Vamos além, convidamos professores de todos os níveis e modalidades de ensino a produzirem pesquisas e publicações na vertente da Educação sobre as crianças hiperativas e desatentas. Assim, nosso desejo é que ocorra a reapropriação do campo escolar como território de desenvolvimento de habilidades por meio do saber cientificamente sistematizado. Vamos empoderar nossos discursos da Educação, a fim de que sejamos ouvidos por todos com a mesma credibilidade das demais áreas. Não deixemos que os discursos medicalizantes e biologizantes se apropriem do nosso espaço, ditando o que devemos fazer e nos julgando como despreparados e/ou desqualificados. Assumir essa missão não é fácil, pois exige pesquisa, formação, dedicação e um olhar humanizado para o outro. Precisamos nos despir das concepções higienistas e dos discursos médicos, para assumir uma postura de emancipação humana.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ABRIC, Jean-Claude. Las representaciones sociales: Aspectos teóricos. *In*: _____ (Org.). **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. p. 11-32.
- AFFONSO, Raphael da Silva; LIMA, Karine Silva; OYAMA, Yasmine Mithiê de Oliveira; DEUNER, Melissa Cardoso; GARCIA, Danielle Rodrigues; BARBOZA, Larissa Leite; FRANÇA, Tanos Celmar Costa. O uso indiscriminado do cloridrato de metilfenidato como estimulante por estudantes da área da Saúde da Faculdade Anhanguera de Brasília (FAB). **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 166-172, ago. 2016. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1404&path%5B%5D=pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- ALBUQUERQUE, Aline. O impacto da medicalização sobre os direitos humanos dos pacientes. **Revista Iberoamericana de Bioética**, Madrid, n. 6, p. 1-15, 2018. Disponível em: <<http://revistas.upcomillas.es/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7396/8000>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- ALVARENGA, Rejane Abadia de. **A medicalização do fracasso escolar nos anos iniciais do Ensino Fundamental**. 2017. 136 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Goiás, Catalão, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7478/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Rejane%20Abadia%20de%20Alvarenga%20-%202017.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019.
- ALVES, Irai Cristina Boccato. Variáveis significativas na avaliação da inteligência. **Psicologia, Escola e Educação**, Campinas, v. 2, n. 2, p. 1-6, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pee/v2n2/v2n2a05.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psic. da Ed.**, São Paulo, v. 14, n. 15, p. 17-37, 1º e 2º sem. 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/31913/22130>>. Acesso em: 4 jan. 2018.
- ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ANTONELI, Patrícia de Paulo. **Os ‘inconvenientes’ na escola: um estudo sobre a medicalização de crianças e adolescentes e suas estratégias de resistência**. 2015. 177 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2018v36n2p664>>. Acesso em: 22 jan. 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que devemos saber sobre medicamentos**. Brasília, DF: Anvisa, 2010a. Disponível em: <<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/112-medicamentos?download=102:cartilha-o-que-devemos-saber-sobre-medicamentos-anvisa>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. **Resultados 2009**. Brasília, DF: Anvisa, 2010b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/resultados_2009.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. Panorama dos dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil. Brasília, DF: Anvisa, ano 1, v. 2, p. 1-9, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Brasília, DF: Anvisa, ano 2, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Clonazepam. Pharlab Indústria Farmacêutica S.A. Comprimidos 2 mg. 2016. Bula de remédio. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=16250162016&pIdAnexo=3376913>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regras básicas de propaganda**. Brasília, DF: Anvisa, 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/regras-basicas-de-propaganda>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2016**. Brasília, DF: Anvisa, 2017b. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/3413536/Anuário+Estatístico+do+Mercado+Farmacêutico+-+2016/485ddf50-a37f-469f-89e5-29643c5c9df5>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**. Washington, DC: APA, 1952.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)**. 2. ed. Washington, DC: APA, 1968. Disponível em: <<http://behaviorismandmentalhealth.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)**. 3. ed. Washington, DC: APA, 1980. Disponível em: <<http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

APA. Associação Americana de Psicologia. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)**. Tradução de Climepsi Editores. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

APA. Associação Americana de Psicologia. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. Tradução de Maria IMs Corria Nascimento *et al.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARANTES, Ricardo Lugon. **A constituição da demanda para a neurologia nas vozes das ensinantes**. 2017. 110 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174352>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ARGOLLO, Nayara. Transtorno do déficit de Atenção com hiperatividade: Aspectos neuropsicológicos. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 197-201. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n2/n2a10.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

ARRUDA, Angela. Representaciones sociales y cultura em el pensamiento ambientalista brasileiro. *In*: JODELET, Denise; TAPIA, Alfredo Guerrero (coord.). **Develando la cultura**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2000. p. 31-60. Disponível em: <<https://taniars.files.wordpress.com/2009/02/develando-la-cultura.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2016.

BANCHS, María A. Leitura epistemológica da Teoria das Representações Sociais: Reflexões rumo a um sentido comum menos comum e com mais sentido. *In*: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2014. p. 298-345.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. João Pessoa: Persona, 1977.

BARINI, Nayara Salomão. **Características linguísticas de crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 2014. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Estadual de São Paulo, Bauru, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-09092014-101931/pt-br.php>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BARINI, Nayara Salomão; HAGE, Simone Rocha de Vasconcellos. Vocabulário e compreensão verbal de escolares com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. **CoDAS**, Bauru, v. 27, n. 5, p. 446-451, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n5/2317-1782-codas-27-05-00446.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BARCKLEY, Russel A. **ADHD and the nature of self-control**. London: The Guilford Press, 1997.

BARCKLEY, Russel A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Manual para Diagnóstico e Tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARÓN, Laura; BOTERO-HENAO, Katherine; CASTAÑO-CASTRILLÓN, José Jaime; CASTILLO-CHANG, Karen; DÍAZ-CORRALES, Juliana; ECHEVERRI-URIBE, Juan Sebastián; PARRA, Gonzalo Andrés; YEPES, Juan Sebastián; YURGAKY-JORDÁN, Hailieth Yolarly. Prevalencia y factores asociados al consumo de Anfetaminas, en estudiantes del programa de medicina de La Universidad de Manizales (Colombia), 2010. **Rev Fac Med.**, Ribeirão Preto, v. 59, n. 3, p. 201-2014, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59n3/v59n3a04.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

BARROCO, Sonia Maria Shima; FACCI, Marilda Gonçalves Dias; MORAES, Renata Jacintho Siqueira. Posicionamento da Psicologia ante o crescimento da medicalização: considerações educacionais. *In*: LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; LEAL, Zaira Fátima de Rezende Gonzalez; FRANCO, Adriana de Fátima (Org.). **Medicalização da Educação e Psicologia Histórico-Cultural: Em defesa da emancipação humana**. Maringá: Eduem, 2017, p. 17-41.

BARROS, Daniela Dias. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 547-54, maio-ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/19.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BELEI, Renata Aparecida; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra Regina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; MATSUMOTO, Patrícia Helena Vivian Ribeiro. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 30, p. 187-199, jan./jun. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1770/1645>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualizações diagnósticas e terapêuticas: um guia de orientação para profissionais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BIRMAN, Joel. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, n. especial, p. 23-37, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v17nspe/03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BOARINI, Maria Lucia. Indisciplina escolar: uma construção coletiva. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 123-131, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v17n1/a13v17n1>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque. **Problemas de atenção: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica**. 2013. 253 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/SITE%20PPE%202010/teses/2013%20-%20Rosana.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BOTELHO, Bárbara Aparecida. **A queixa escolar sob olhar do fonoaudiólogo**. 2018. 85 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/26712/1/Disserta%20a7%20c3%20a3o%20Mestrado%20B%20c3%20a1rbara%20Botelho.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRADLEY, Charles. Behavior of children receiving Benzedrine. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 94, p. 577, 1937.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Poder Executivo, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui caocompilado.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: MS, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP n. 010/00 de 20 de dezembro de 2000**. Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2000. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 38/2012**. Consulta Jurídica/Advocacia Geral da União, dispõem sobre o princípio ativo: Metilfenidato. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2CLO5si1br4J:www.agu.gov.br/page/download/index/id/23589248+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BÜKER, Michelle Puzzato. **Pedagogias midiáticas da medicalização do corpo na revista Veja**. 2018. 108 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2018.

CABRAL, Claudio Orlando Gamarano. **Entre xaropes, baleias e TDAHs: a escola e a medicalização**. 2018. 170 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1631/1/claudioorlandogamaranocabral.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CALIMAN, Luciana Vieira. A construção sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia e sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 45-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de *et al.* A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Serge Moscovici (14/06/1925 – 16/11/2014): Um percussor inovador na psicologia social. **Memorandum**, Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP, v. 28, p. 240-245, abr., 2015. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/wp-content/uploads/2015/05/camargo01.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CAMARGO, Janira Siqueira. Psicopedagogia institucional: escolar, empresarial, hospitalar. *In*: YAEGASHI, Solange Franci Raimundo. **A Psicopedagogia e suas interfaces: Reflexões sobre a atuação do psicopedagogo**. Curitiba: Editora CRV, 2012. p. 37-62.

CAMARGOS JÚNIOR, Walter. Psicofarmacoterapia do TDA/H. *In*: HOUNIE, Ana; CAMARGOS JÚNIOR, Walter. **Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Niterói: Editora Info LTDA, 2005. p. 1066-1222.

CAMILO, Lujani Aparecida. **O conceito de TDAH: Concepções e práticas de profissionais da saúde e educação**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/123180/000825188.pdf;jsessionid=69B9F8116DBE530B20643C61D5A96FF2?sequence=1>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CAMIZÃO, Amanda Costa. **Conhecimentos, concepções e práticas de professores de educação especial: O modelo médico-psicológico ainda vigora?** 2016. 180 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/8594/1/tese_10564_Disserta%20AmandaFinal.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.741-763, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00741.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

CARRARA JUNIOR, Ernesto; MEIRELLES, Hélio. **A indústria química e o desenvolvimento do Brasil: 1500-1889**. São Paulo: Metalivros, 1996.

CARRARA, Eduardo Mana. **Os limites da pessoa: Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 121-129, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CASTELLAR, Taciana; TERUYA, Tereza Kazuco. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na mídia. *In*: SEMINÁRIO DE PESQUISA DO PPE, 11., 2012. Maringá. **Anais...** Maringá: UEM, 2012. p. 1-11. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2012/trabalhos/co_01/015.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CASTRO, Ricardo Vieira Alves de. Prefácio. *In*: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 8-20.

CHAGAS, Julia Chamusca; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira. Patologização e Medicalização da Educação Superior. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32 n. esp., p. 1-10, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne28.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. **Modos de ser e de aprender na escola: medicalização (in)visível**. 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94739/000916417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Claudia Rodrigues de; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos modos de ser e de aprender. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edreal/v40n4/2175-6236-edreal-42057.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CLARINI, Julie. Serge Moscovici, figure de la psychologie sociale, est mort. **Le Monde**, [online], 16 nov. 2014. Disponível em: <https://www.lemonde.fr/disparitions/article/2014/11/16/serge-moscovici-figure-de-la-psychologie-sociale-est-mort_4524344_3382.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CÔAS, Danielly Berneck. **Conhecimento docente em salas de aula com alunos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em escolas públicas do município de Paranaguá-PR**. 2017. 164 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <<https://tede.utp.br/jspui/bitstream/tede/1603/2/CONHECIMENTO%20DOCENTE.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

COELHO, Rafael; MATTOS, Paulo; TANNOCK, Rosemary. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and narrative discourse in older adults. **Dement Neuropsychol**, v. 12, n. 4, p. 374-379, dez. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dn/v12n4/1980-5764-dn-12-04-0374.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). **Ideias**, São Paulo, v. 23, p. 25-31, 1994.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Dislexia e TDAH: Uma análise a partir da ciência médica. *In*: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CONCERTA. Comprimidos de liberação prolongada – cloridrato de metilfenidato. Responsável técnico Janssen-Cilag. São José dos Campos: Janssen-Cilag, 2014. Bula de remédio. Disponível em: <<https://www.bulas.med.br/p/bulas-de-medicamentos/bula/63667/concerta.htm>>. Acesso em: 12 maio 2018.

CONSELHO TÉCNICO-PROFISSIONAL DA SBNPp. Sociedade Brasileira de Neuropsicopedagogia. **Nota técnica 01/2016**. Joinville: SBNPp, 2016. Disponível em: <<http://www.sbnpp.com.br/wp-content/uploads/2016/11/Nota-T%C3%A9cnica-01-2016-agosto.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte; ELOY, Consuelo Bacchi; QUADRINI, Eliane Terezinha; MACEDO, Lilian Magda. O método histórico-dialético: Contribuições da teoria das representações sociais e da psicologia sócio-histórica. *In*: CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte (Org.). **Percursos da Psicologia qualitativa em Psicologia**. São Paulo: Arte e Ciência, 2007. p. 39-60.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes. **As implicações do TDA/H na aprendizagem escolar e no desenvolvimento de crianças de 6 a 12 ano**. 2011. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011. Disponível em: <http://www.dfe.uem.br/TCC/Trabalhos%202011/Turma%2032/Suzi_Cordeiro.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes. **TDA/H e possíveis equívocos: algumas reflexões psicopedagógicas**. 2014. 56 f. Monografia (Especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes. **As representações sociais de professores do Ensino Fundamental sobre TDAH e medicalização**. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016. Disponível em: <<http://www.ppe.uem.br/dissertacoes/2016/2016%20-%20Suzi%20Maria%20Nunes%20Cordeiro.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

CORDEIRO, Suzi Maria Nunes; YAEGASHI, Solange Franci Raimundo; MAIA, Robson Borges; RUIZ, Nathália Fafarão. As pesquisas em representações sociais: aspectos teóricos e metodológicos. *In*: YAEGASHI, Solange Franci Raimundo; OLIVEIRA JÚNIOR, Isaias Batista de; SANTOS, Annie Rose dos. **Psicologia e educação**: Interfaces com as representações sociais. Curitiba: CRV, 2017.

CORREIA, Aparecida da Paixão; LINHARES, Tatiana Corrêa. A atuação do psicopedagogo com crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): Intervenção necessária para pais e educadores. **Paidéia r. do cur. de ped. da Fac. de Ci. Hum., Soc. e da Saú.**, Belo Horizonte, ano 11, n. 17, p. 141-161, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/paideia/article/view/3933/1953>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

COSTA, Jessica Sophia. **Metilfenidato**: Uso e quantificação. 2016. 55 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5979/1/PPG_25865.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

COUTINHO, Karen de Azevedo; YAEGASHI, Solange Franci Raimundo; OLIVEIRA JÚNIOR, Isaias Batista de; SANTOS, Anne Rose dos. Representações sociais: Conceitos e funções. *In*: YAEGASHI, Solange Franci Raimundo; OLIVEIRA JÚNIOR, Isaias Batista de; SANTOS, Annie Rose dos. **Psicologia e educação**: Interfaces com as representações sociais. Curitiba: CRV, 2017.

CRUZ, Bruna de Almeida. **Linhas de produção do TDAH**: Uma cartografia das práticas de um serviço universitário de saúde em Belém-PA. 2016. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2016. Disponível em: <<http://ppgp.propes.p.ufpa.br/ARQUIVOS/disciplinas/Disserta%C3%A7%C3%B5es%20de%20Mestrado/LINHAS%20DE%20PRODU%C3%87%C3%83O%20DO%20TDAH%20uma%20cartografia%20de%20um%20servi%C3%A7o%20universit%C3%A1rio%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Bel%C3%A9m-PA.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

CRUZ, Daniele Bechtluft Simões Alves da. **Fracasso escolar**: Uma questão entre o biológico e o educacional. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis, 2014.

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; FERRAZZA, Danielle de Andrade; CARDOSO JUNIOR, Helio Rebello. Projetos de lei sobre medicalização da educação: biopolítica, controle e resistência na contemporaneidade. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 2, p. 210-233, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2645>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DANTAS, Jurema Barros. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 21, n. 3, p. 563-580, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n3/11.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DECKER, Roberto. **Neuropsicologia e atenção**. 2015. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

DELPRA, Suziane Ferreira de Castro. **O ensinar, o aprender e o não aprender nos anos iniciais do ensino fundamental**: Um estudo das significações de professores, pedagogos, alunos e seus responsáveis. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000212997>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

DIZARD JÚNIOR, Wilson. **A nova mídia**: A comunicação de massa na era da informação. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

DOMINICO, Eliane. **Educação Infantil, práticas pedagógicas e relações estabelecidas**: uma análise foucaultiana. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Guarapuava, 2018.

DUARTE, Newton; MARTINS, Ligia Márcia. As contribuições de Aleksei Nikolaevich Leontiev para o entendimento da relação entre educação e cultura em tempos de relativismo pós-moderno. In: FERRO, Olga Maria dos Reis; LOPES, Zaira de Andrade (Org.). **Educação e Cultura**: Lições históricas do universo pantaneiro. Campo Grande: Editora da UFMS, 2013. p. 49-74.

DUPRÉ, Ernest. **Pathologie de l'Imagination et de l'émotivité**. São Paulo: Amazon, 1925.

DURAN, Maria Claret Geraes. Representações sociais: uma instigante leitura com Moscovici, Jodelet, Marková e Jovchelovitch. **Educação e Linguagem**, São Paulo, v. 15, n. 25, p. 228-243, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/viewFile/3354/3075>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

DURKHEIM, Emile. **Les formes élémentaires de la vie religieuse**. Paris: Alcan, 1912.

EAGLETON, Terry. **Ideology, an introduction**. Oxford: Verso, 1991.

EIDT, Nadia Mara; TULESKI, Silvana Calvo. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Psicologia Histórico-Cultural. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 40, n. 139, p.121-146, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a07.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Departamento of justice. **Drug Enforcement Administration**. Methylphenidate, 1995.

FANIZZI, Caroline. **A educação e a busca por um laudo que diga quem és**. 2017. 139 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-15022018-104643/pt-br.php>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): Perspectivas históricas. **Hist. Cienc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n3/14073.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FELDMANN, Lidiane Raquia Alli. **Fatores associados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em adolescentes escolares**: Um estudo transversal. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2013.

FERRACIOLI, Marcelo Ubiali. **Desenvolvimento da atenção voluntária em crianças dos anos iniciais do Ensino Fundamental**: Determinantes pedagógicos para a educação escolar. 2018. 233 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/157441/ferracioli_mu_dr_arafcl.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FERREIA, Giuliana Sobarba. **TDAH: uma doença que se pega na escola** Um estudo sobre a medicalização da infância como demanda sociocultural. 2016. 174 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2016. Disponível em: <http://www.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_escolar/3977.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FLAMENT, Claude. Pratiques et représentations sociales. *In*: BEAUVOIS, Jean-Leon. **Perspectives cognitives et conduites sociales**. Cousset: De Val, 1987. p. 143-150.

FONTANA, Rosiane da Silva; VASCONCELOS, Márcio Moacyr de; WERNER JUNIOR, Jairo; GÓES, Fernanda Veiga de; LIBERAL, Edson Ferreira. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 134-137, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n1/a27v65n1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1963.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Éditions Gallimard, 1972.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicológica**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: Curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FRANCES, Allen. DSM-5 Badly Flunks the Writing Test. **Psychiatric Times Blog**, 11 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.psychiatristimes.com/dsm-5-badly-flunks-writing-test>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnóstico e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/v34n121/a08n121.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

FREIRE, Antonio Carlos Cruz; PONDÉ, Milena Pereira. Estudo piloto da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 2B, p. 474-478, 2005.

FREIRE, Klessyo do Espírito Santo. **Educação e saúde mental**: Uma análise sobre as queixas escolares em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil de Salvador- BA. 2017. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21750>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

FREITAS, Gabriela Maria Pereira de Melo. **Relação entre funções executivas e motricidade fina em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Neurociência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-94MHZJ/disserta__o_final_fevereiro_2012.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FREITAS, Joelma da Silva; ROTA JUNIOR, César. O eletroencefalograma como instrumento de avaliação de queixas escolares: medicalizando a educação escolar. **Revista Entreideias**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 63-78, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufrba.br/index.php/entreideias/article/view/7042/8371>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FREUD, Sigmund. Esboço de Psicanálise. *In*: **Freud**. São Paulo: Abril, 1974. p. 102-134. (Coleção Os Pensadores).

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4800/pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GARRIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2112.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GENTIL, Maíra Araújo de Oliva. **Contribuição à crítica do trabalho da fonoaudiologia educacional à luz da concepção Histórico-Cultural da linguagem**: Diante do crescente processo de medicalização e patologização da educação, que fazer? 2016. 261 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20720/1/TESE.%20MA%20c3%8dRA%20GENTIL%202016%20VERS%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIDEONI, Alessandra Domingos Corrêa. **Trajетória de uma criança em relação à apropriação da escrita**: O que ela não pode saber? 2015. 226 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

GIRÃO, Marina Serejo; COLAÇO, Veriana de Fátima Rodrigues. TDAH na infância contemporânea: um olhar a partir da sociologia da infância e da psicologia Histórico-Cultural. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 13, n. 1, p. 2-13, jan.-abr. 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/viewFile/2823/1843>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOLDSTEIN, Sam; GOLDSTEIN, Michael. **Hiperatividade**: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Tradução de Maria Celeste Marcondes. Campinas, SP: Papyrus, 1990.

GOMES, Claudia Aparecida Valderramas; SIMONI-CASTRO, Naeli. Medicalização Escolar em Periódicos de Psicologia e Educação no Triênio 2010-2012. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 3, p. 425-436, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n3/2175-3563-pusf-22-03-425.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GONÇALVES, Cristiana de Siqueira; PEDRO, Rosa Maria Leite Ribeiro. “Drogas da Inteligência?”: Cartografando as controvérsias do consumo da Ritalina para o aprimoramento cognitivo. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 8, n. 2, p. 71-94, nov. 2018/abr. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-53.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GONÇALVES, Hosana Alves; MOHR, Rafael Mattevi; MORAES, André Luiz; SIQUEIRA, Larissa de Souza; PRANDO, Mirella Liberatore; FONSECA, Rochele Paz. Componentes atencionais e de funções executivas em meninos com TDAH: dados de uma bateria neuropsicológica flexível. **J. Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 13-21. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GOOGLE. Depressão. **Busca por sintoma**, set. 2017a. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/clinical_depression_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOOGLE. Distímia. **Busca por sintoma**, set. 2017b. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/dysthymia_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOOGLE. Fobia social. **Busca por sintoma**, set. 2017c. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/social_anxiety_disorder_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOOGLE. Transtorno bipolar. **Busca por sintoma**, set. 2017d. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/bipolar_disorder_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOOGLE. Transtorno de personalidade limítrofe. **Busca por sintoma**, set. 2017e. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/borderline_personality_disorder_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOOGLE. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. **Busca por sintoma**, set. 2017f. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/attention_deficit_hyperactivity_disorder_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOOGLE. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Busca por sintoma**, set. 2017g. Disponível em: <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/obsessive_compulsive_disorder_pt_BR.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GUISSO, Luciane; FABRO, Ana Carla. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: o olhar da Gestalt Terapia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 540-551, ago./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3033/pdf_554>. Acesso em: 19 jan. 2019.

HACKING, Ian. Lost in the forest. **London Review of Books**, London, v. 35, n. 15, p. 7-9, 2013.

HALLOWEL, Edward M.; RATEY, John J. **Tendência à Distração: Identificação e gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da infância à vida adulta**. Tradução de André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

INSEL, Thomas. Transforming diagnosis. **The National Institute of Mental Health**, 29 April. 2013. Disponível em: <<https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

INTERFARMA. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **Guia 2017: saúde se faz com ética e inovação**. São Paulo: Interfarma, 2017. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2017/dados-do-setor#venda-de-medicamentos>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ITABORAHY, Claudia; ORTEGA, Francisco. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 803-816, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n3/26.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

IVANOSKI, Tatiane Alencar Silva. **O atendimento educacional especializado a alunos com TDA/H matriculados em escolas particulares do Distrito Federal: Um estudo exploratório**. 2017. 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Católica de Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/tede/2122/2/TatianaAlencarSilvaIvanoskiDissertacao2017.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

JODELET, Denise. La Representation Social: Fenômenos, Concepto y Teoría. *In*: MOSCOVICI, Serge (Org.). **Psicologia Social**. Barcelona: Paidós, 1984. p. 469-494.

JODELET, Denise. Représentations Sociales: Un Domaine en Expansion. *In*: _____. (Org.). **Les Représentations Sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61.

JODELET, Denise. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 19-26, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber: Representações, comunidade e cultura**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

KANTAR IBOPE MEDIA. Hypermarcas assume a liderança no ranking de anunciantes do 1º semestre de 2017. **Kantar Ibope Media**, 14 ago. 2017. Disponível em: <<https://www.kantari-bope-media.com/hypermarcas-assume-a-lideranca-no-ranking-de-anunciantes-do-1o-semester-de-2017/>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LACERDA, Bárbara Calil. **O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade agrava o controle inibitório em crianças pré-escolares que nascem muito prematuras e/ou com muito baixo peso?** 2018. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

LAPIERRE, Andre. **A educação psicomotora na escola maternal**. São Paulo: Manole, 1989.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMQ, 1999.

LAZZARI, Lorena Maria Londero. **O sujeito (in)visível na relação do aprender: Uma visão psicopedagógica dos problemas de aprendizagem na contemporaneidade**. 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências) – Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2014.

LE CAMUS, Jean. **O corpo em discussão: da reeducação psicomotora às terapias de mediação corporal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LEITE FILHO, Sarmiento. Mioclonias no decurso da encefalite letárgica. **Archivos Rio-Grandenses de Medicina**, Porto Alegre, p. 232-241, 1920. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/riograndemed/article/viewFile/23338/13410>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

LEITE, Hilusca Alves. **O desenvolvimento da atenção voluntária na compreensão da psicologia Histórico-Cultural: Uma contribuição para o estudo da desatenção e dos comportamentos hiperativos**. 2010. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010. Disponível em: <<http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2010/hilusca>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LEITE, Hilusca Alves; REBELLO, Marilene Proença. O desenvolvimento da atenção como objeto de estudo: contribuições do enfoque Histórico-Cultural. **Nuances: Estudos sobre Educação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 59-77, 2014.

LENZI, Cristiana Roth de Moraes. **O milagre da Ritalina: agora ele copia tudo! O que dizem pais e professores de crianças diagnosticadas com TDAH**. 2015. 141 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2015. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FURB_8194118177b0d2471353daaa2b82c1a1>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; LEAL, Záira Fátima de Rezende Gonzalez; FRANCO, Adriana de Fátima (Org.). **Medicalização da Educação e Psicologia Histórico-Cultural: Em defesa da emancipação humana**. Maringá: Eduem, 2017.

LIMÃO, Eliane Fernandes. **Concepções de professores, de pais de especialistas acerca dos processos de avaliação e de escolarização de alunos com dificuldades de aprendizagem: A narrativa de uma experiência**. 2017. 148f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Católica de Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/tede/2301/2/ElianeFernandesLim%C3%A3oDissertacao2017.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LUCENA, Jéssica Elise Echs. **O desenvolvimento da atenção voluntária na Educação Infantil**: Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para processos educativos e práticas pedagógicas. 2016. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016. Disponível em: <<http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2016-1/jessica-lucena>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva**: A postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97572/luengo_fc_me_assis.pdf?sequenc e=1>. Acesso em: 4 jan. 2018.

LURIA, Alexander Romanovich. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos. São Paulo: E. da Universidade de São Paulo, 1981.

MACHADO-NASCIMENTO, Nárlí; KUMMER, Arthur Melo e; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Alterações Fonoaudiológicas no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: revisão sistemática de literatura. **CoDAS**, Bauru, v. 28, n. 6, p.833-842, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n6/2317-1782-codas-28-6-833.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MACIEL, Ethel Leonor Noia. Doenças negligenciadas: “nova agenda para velhas doenças”. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; HELLMANN, Fernando (Org.). **Medicalização da vida**: Ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul, 2010. p. 96-107.

MADRUGA, Célia Maria Dias. **Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica**. João Pessoa: Idéia, 2009.

MAIA, Camila Moura Fé. **Psicologia escolar e patologização da educação**: Concepções e possibilidades de atuação. 2017. 93 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23706/1/2017_CamilaMouraF%C3%A9Maia.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing**: Uma orientação aplicada. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARKOVÁ, Ivana. **Dialogicidade e representações sociais**: as dinâmicas da mente. Petrópolis: Vozes, 2016

MARQUES, Jaqueline Belga. **Os sentidos do não aprender na perspectiva de alunos do Ensino Fundamental I, professores e familiares**. 2018. 158 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153327/marques_jb_me_arafcl.pdf?sequenc e=3&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jan. 2019.

MATTOS, Paulo. **No Mundo da Lua: perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. 4. ed. São Paulo: Lemas Editorial, 2005.

MELLO, Fernanda **Aparecida de. Crianças com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na escola**. 2016. 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Santa Catarina, 2016.

MESQUITA, Raquel Cabral de. **A implicação do educador diante do TDAH: Repetição do discurso médico ou construção educacional?** 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-826PZP/1000000758.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MILANESI, Jovana de Moura. **Caracterização da respiração oral: avaliação multidisciplinar**. 2016. 140f. Tese (Doutorado em Distúrbio da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3609497>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MONTE, Fernando Q. A ética na prática médica. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 31-46, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23\(2\)041.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)041.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MONTIEL, Gilberto Giménez. Serge Moscovici. **Revista Cultura y representaciones sociales**, México, v.9, n. 18, p. 229-232, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.culturayrs.org.mx/index.php/CRS/article/viewFile/365/365>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MOSCOVICI, Serge. Conciencia social y su historia. **Polis. Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial**, Cidade do México, n. 1999, p. 17-40, 2001. Disponível em: <<https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/polis/article/view/16722/14958>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOYNIHAN, Ray; CASSELS, Alan. Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In: PELIZZOLI, Marcelo L. (Org.). **Bioética como novo paradigma: por um novo modelo bioético e biotecnológico**. Petrópolis: vozes, 2007. p. 151-156.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. O lado escuro da Dislexia e do TDAH. In: FACCI, Marilda Gonçalves Dias; MEIRA, Marisa Eugenia Melillo; TULESKI, Silvana Calvo. **A exclusão dos “incluídos”**: Uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2011. p. 133-196.

MUAKAD, Irene Batista. Anfetaminas e drogas derivadas. **R. Fac. Dir. Univ.**, São Paulo, v. 108, p. 545–572, jan./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67996/70853>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

NASCIMENTO, Ana Bárbara da Silva. **As contribuições da filosofia da diferença na era dos alunos com supostos transtornos de aprendizagem**. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/19407>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

NAZAR, Terezinha Regina Nogueira. **Representações sociais de professores dos anos finais do Ensino Fundamental sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

NEVES, Anderson Jonas das; LEITE, Lucia Pereira. O desenvolvimento da atenção voluntária no TDAH: Ações educativas na perspectiva Histórico-Cultural. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 181-184, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v17n1/a20v17n1.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

NORONHA, Andreza Estevam. **Entre a saúde e a escola: os deslocamentos discursivos na construção do TDAH no manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais**. 2016. 87 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1308/1/Andreza%20Estevam%20Noronha.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

NUNES, Caroliny Ribeiro de Melo; ALENCAR, Gustavo de Oliveira; BEZERRA, Camila Alencar; BARRETO, Maria de Fátima Rocha; SARAIVA, Emanuela Machado Silva. Panoramas das intoxicações por medicamentos no Brasil. **Rev. e-ciência**, Juazeiro do Norte, v. 5, n. 2, p. 98-103, 2017. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/247/pdf_247>. Acesso em: 10 abr. 2018.

OLIVEIRA, Ariane Rocha Felício de. **Medicalização da educação: Discursos que ecoam na vida diária escolar**. 2015. 169 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/18278/1/DISSERTA%20ARIANE%20ROCHA%20FEL%20DCIO%20OLIVEIRA.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

OLIVEIRA, Carolina Alvim Scarabucci de. **A criança diagnosticada com TDAH: E agora professor?** 2017. 147 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

OLIVEIRA, Cristiano Guilherme Alves de; RIBEIRO, Natalha Felisbino; BARRETO, Juliano Gomes; SILVA, Denise Aparecida da; LADEIRA, Rondinelli de Carvalho. Utilização de metilfenidato, lisdexanfetamina e modafilina como drogas ampliadoras do conhecimento: estudo do perfil de dispensação em uma farmácia comunitária do interior do Rio de Janeiro. **Acta Biomedica Brasiliensia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 152-163, jun. 2017. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8hhzAlQmcnEJ:www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/download/200/150+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

OLIVEIRA, Dagoberto Bonavides de; RAGAZZO, Ana Cristina Santana Matos; BARRETO, Nilo Manoel Pereira Vieira; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma Escola Pública da cidade de Salvador, Bahia.

Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, v. 15, n. 3, p. 354-358, set./dez. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23753/1/7-%20v.15%2c%20n.3.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

OLIVEIRA, Priscila Ferreira de. **Medi(ca)r para universalizar**: O discurso médico-psicológico e a medicalização na educação. 2017. 112 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppge/files/2018/05/disserta%C3%A7%C3%A3o-Priscila.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças – CID-9**. Organização Mundial da Saúde. Tradução de Universidade Estadual de São Paulo. 9. ed. São Paulo: USP, 1976.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. Organização Mundial da Saúde. Tradução de Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 9-20, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a01.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

ORTEGA, Francisco. Das utopias sociais à utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. *In*: ALMEIDA, M. I.; EUGENIO, F. **Culturas Jovens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-509, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PARANÁ. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná. **Manual para Dispensação de Medicamentos**. 4. ed. Curitiba: CRF-PR, 2015.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev. Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 2; p. 100-104, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PELITERO, Tatiane Maria; MANFREDI, Alessandra Kerli da Silva; SCHNECK, Andrea Pires Corrêa. Avaliação das habilidades auditivas em crianças com alterações de aprendizagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 662-670, jul-ago. 2010. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/8162/art_PELITERO_Avaliacao_das_habilidades_auditivas_em_crianças_com_2010.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 nov. 2018.

PEREIRA, Isabella da Silva Arantes; SILVA, Janaina Cassiano. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade à luz de uma Abordagem Crítica: Um estudo de caso. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 117-134, abr. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

PEREIRA, Valéria Reis do Canto; SANTOS, Teresa Maria Momensohn; FEITOSA, Maria Angela Guimarães. Sinais comportamentais dos Transtornos do Déficit de Atenção com Hiperatividade e do Processamento Auditivo: a impressão de profissionais brasileiros. **ACR**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acr/v18n1/a03v18n1.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PEREIRA, Walter C. Mecanismos do sono e da vigília. **Arquivo Neuro-psiquiat.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 141-152, jun. 1970. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v28n2/06.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PEREZ, Elaine Cristina de Matos Fernandez. **Medicalização e educação: O entorpecimento da infância no cotidiano escolar**. 2016. 233 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2016.

PESTANA, Germano Manoel. **“Make the best woman... win”**: perturbações entre os discursos psi, psicanálise e teoria queer na educação. 2014. 200 f. Dissertação (Mestre em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.ppge.ufpr.br/dissertacoes%20m2015/m2015_Germano%20Manoel%20Pestana.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PHELAN, Thomas W. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – sintomas, diagnósticos e tratamentos: crianças e adultos**. Tradução de Tatiana Kassner. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

PHILLIPS, James. The Muddle that is DSM-V. **AAPP Bulletin**, v. 17, n. 1, p. 10-12, 2010. Disponível em: <<https://philosophyandpsychiatry.files.wordpress.com/2014/09/bulletinvol17no1.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PIAGET, Jean. **Biologia e conhecimento**. 2. ed. Vozes: Petrópolis, 1996.

PIAGET, Jean. **Seis estudos de Psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

PIGNARRE, Philippe. **Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social**. Paris: La Découverte, 2006.

PINHEIRO FILHO, Fernando. A noção de representação em Durkheim. **Lua Nova**, São Paulo, n. 61, p. 139-155, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n61/a08n61.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PINHEIRO, Maria Isabel; CAMARGOS JUNIOR, Walter; HAASE, Vitor Geraldi. Treinamento de pais. *In*: HAASE, Vitor Geraldi; CAMARGOS JUNIOR, Walter (Org.). **Manual Clínico do TDAH**. Belo Horizonte: Info, 2005. p. 942-966.

PORTAL SAÚDE DIRETA. Anfetaminas: Bolinhas e rebites. **Saúde direta**, 2018. Disponível em: <<http://michelereghelin.com.br/admin/imagens/Medicalizacao%20do%20Fracasso%20Escolar%20Michele%20Reghelin.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PORTO, Thiago Bogossian. **“Se você não me falasse, eu nem saberia”**: A territorialização do TDAH em uma instituição federal de Educação. 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013.

QUINTO, Danilo Carvalho. **Medicalização e psicologização na escola contemporânea: A arte de docilizar corpos**. 2014. 131 f. Dissertação (Mestre em Educação) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <<http://www.cdi.uneb.br/site/wp-content/uploads/2016/01/1105151408.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

REGHELIN, Michele Melo. A medicalização do fracasso escolar. **Revista de Psicanálise – Grandes temas do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: Editora Mythos, 2015. p. 1-4. Disponível em: <<http://michelereghelin.com.br/admin/imagens/Medicalizacao%20do%20Fracasso%20Escolar%20Michele%20Reghelin.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

REIS, Sebastiana Lindaura de Arruda; BELLINI, Luzia Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/10256/pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RÊSES, Erlando da Silva. Do conhecimento sociológico à teoria das representações sociais. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 189-199, jul./dez. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/920>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

REZENDE, Fernanda Pádua. **Estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2017.

RIBEIRO, Maria Izabel Souza. **A medicalização na escola: Uma crítica ao diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. 2015. 285 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17307/1/Tese_Doutorado_Maria_Izabel_Souza_Ribeiro.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

RITALINA LA: Cloridrato de metilfenidato. Responsável técnico Novartis. São Paulo: Novartis, 2017. Bula de remédio. Disponível em: <<https://portal.novartis.com.br/UPLOAD/ImgConteudos/2973.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.

ROCHA, Rita de Cassia Pinto; ALMEIDA, Jackson Cordeiro de; PINTO, Emanuel Vieira; MOURA, Luciana Teles; GUISSO, Luana Frigulha. Intervenções psicopedagógica em crianças com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 40-52, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/233/152>>. Acesso em: 4 jan. 2019.

RODHE, Luis Augusto; HALPERN, Ricardo. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/04-80-S61/port.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 7-11, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v2n2/v2n2a07.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SANTOS, Caio Cesar Portella. **Medicalização da educação: Sentidos de professoras e de uma psicóloga que atua na área educacional**. 2015. 130 f. Dissertação (Mestre em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8445/SANTOS_Caio%20Portella_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SANTOS, Celeste Sá Oliveira do Espírito Santo; ARAÚJO, Maria Antonieta do Nascimento. Vínculo afetivo materno: Processo fundamental à saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 65-73, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/831>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SANTOS, Danielle Vasco. **Dos cursos da vida e das vidas em curso: Práticas de medicalização da infância e suas relações com currículos de profissionais de saúde em um CAPSI em Belém do Pará**. 2017. 225 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9331/1/Dissertacao_CursosVidaVidas.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SANTOS, Regina Lemes dos. **Resiliência no contexto de alunos diagnosticados com TDAH à luz da teoria bioecológica do desenvolvimento humano**. 2016. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mestrededu/images/stories/downloads/dissertacoes/2016/2016_-_SANTOS_Regina_Lemes.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SANTOS, Roseli de Melo Germano Marques dos; LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro. O psicólogo clínico e o TDAH: A patologização dos comportamentos hiperativos e desatentos de escolares. In: LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; LEAL, Záira Fátima de Rezende Gonzalez; FRANCO, Adriana de Fátima (Org.). **Medicalização da Educação e Psicologia Histórico-Cultural: Em defesa da emancipação humana**. Maringá: Eduem, 2017. p. 135-158.

SCABURRI, Glausiani Erbs da Costa. **Saúde e desempenho escolar**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9331/1/Dissertacao_CursosVidaVidas.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHMITZ, Marcelo; POLANCZYK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto Paim. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. **J. Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 25-29, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a06v56s1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SENA, Soraya da Silva; SOUZA, Luciana Karine de. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 243-259, 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/5137/513751432008/>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SHALLICE, Tim. Specific impairments of planning. **Philos Trans. R. Soc. Lond.**, v. 298, n. 1089, p. 199-209, jun. 1982.

SHORTER, Edward. **A historical dictionary of Psychiatry**. Oxford: University Press, 2005.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

SILVA, Angela Batista da. **Editando vidas: Focos do DSM na medicalização social**. 2015. 122 f. Dissertação (Mestre em Educação) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2015. Disponível em: <<http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/cathedra/22-01-2016/000857643.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVA, Fabiane Diniz Oliveira; TAVARES, Helenice Maria. Psicomotricidade relacional na escola infantil tradicional. **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 348-363, 2010. Disponível em: <<http://www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv2n3/25-Pos-Graduacao.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: Uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, ago., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00168115.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SILVA, Vânia Midori Bruneli. **O diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e seu tratamento medicamentoso: Vivências de mães de crianças diagnosticadas**. 2016. 129 f. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4956613>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVIA, Emília Vitória da. Crianças e medicamentos: Os riscos que podem sobrepor os benefícios. Conselho Federal de Farmácia. Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos. **Farmacoterapêutica**, Brasília, ano 12, n. 6, p. 1-6, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/99%20a%20104%20farmacoterapeutica_revisado2.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SOUSA, Simone Vieira de. **O estudante (in)visível na queixa escolar visível: um estudo sobre a constituição do sujeito na trajetória escolar**. 2013. 187 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107046/319249.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SOUZA, Evelyn de Paula. **TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): Problematizações a partir da atividade de estudo**. 2017. 126 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/166177/souza_ep_me_prud.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SPERANDIO, Maria de Lourdes. **Fracasso escolar e o fenômeno da medicalização: Um estudo sobre as concepções dos professores**. 2014. 159 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/968/2/Maria%20de%20Lourdes%20Sperandio.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

STILL, George Frederic. **On some abnormal psychical conditions in children**. London: The Lancet, 1902.

STROH, Juliana Bielawski. TDAH: Diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 18, n.17, p. 83-105, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a07.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SZOBOT, Claudia M.; EIZIRIKB, Mariana; CUNHAC, Renato D. da; LANGLEBEND, Daniel; ROHDE, Luis Augusto. Neuroimagem no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 32-35, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s1/5568.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.
TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: Medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Editora UNESP, Cultura Acadêmica, 2010.

TORCATO, Carlos Eduardo. O metilfenidato, a escola e a cultura farmacológica contemporânea. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 45, p. 83-97, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://lehda.ufflch.usp.br/sites/lehda.ufflch.usp.br/files/upload/paginas/2016.%20TORCATO.%20ritalina.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

TOSIM, Patrícia Ferrari. **Treinamento auditivo-fonológico: Uma proposta de intervenção para escolares com dificuldades de aprendizagem**. 2009. 198 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2009. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/ferrari_tosim_p_do_mar.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TULESKI, Silvana Calvo. **Vygotski: A construção de uma psicologia marxista**. Maringá: EDUEM, 2002.

UNESCO. **Learning: The treasure within**. Paris: UNESCO, 1996. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590eo.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

VALDUGA, C. J. A indústria farmacêutica: uma breve história. **Revista Pesquisa Inovação Farmacêutica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 40-52, ago./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/RPInF/article/view/176/163>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

VEZEZA, Pérola Roberta da Silva. **Os impactos do diagnóstico do suposto Transtorno de Déficit Atenção/Hiperatividade (TDAH) na vida diária de uma criança: Um estudo de caso**. 2015. 137 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24027/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DE%20P%C3%89ROLA%20Final.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Ridendo Castigat Mores, 1987. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/vigo.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. *In*: VYGOTSKY, Lev Semyonovich; LURIA, Alexander Romanovich; LEONTIEV, Alexei Nikolaevich. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. **Obras Escogidas** (Tomo I). Madrid: Visor y Ministério de Educación y Ciencia, 1996.

WAGNER, Janaína Kringer. **A dinâmica familiar e conjugal em famílias de crianças com indicadores de Transtorno de Déficit de atenção e com Hiperatividade – TDAH**. 2012. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Vale do rio dos Sinos, São Leopoldo, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNI_SINOS/4780/35e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jan. 2019.

WALLON, H. **A evolução psicológica da criança**. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Reimpressão.

WANNMACHER, Lenita. A ética do medicamento: múltiplos cenários. **Uso racional de medicamentos**: Temas Seleccionados, Brasília, v. 4, n. 8, p. 1-6, jul. 2007. Disponível em: <http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/multidisciplinares/etica_em_medicamentos.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

WELCK, Gilbert; SCHWARTZ, Lisa; WOLOSHIN, Steven. O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. **Cremesp**, São Paulo, Edição 245, n. 2, fev. 2008. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A CARTA DE ANUÊNCIA

CLÍNICA

Endereço

Cep

Telefone

CARTA DE ANUÊNCIA DA CLÍNICA

Declaro, para os devidos fins, que concordo em disponibilizar o espaço da Clínica... para o desenvolvimento das atividades referentes à Pesquisa de Doutorado, intitulada: “O biopoder e a domesticação dos corpos infantis: estudo sobre TDAH e as representações sociais de diferentes profissionais acerca do suposto transtorno e da medicalização”, da doutoranda Suzi Maria Nunes Cordeiro, sob orientação da Prof^a Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi, do Programa de Pós-Graduação em Educação, linha de pesquisa Ensino, Aprendizagem e Formação de Professores, da Universidade Estadual de Maringá. O período de execução previsto para o desenvolvimento da pesquisa corresponde a dezembro de 2016 a maio de 2017, conforme cronograma do projeto apresentado.

Nome do Proprietário da Clínica

Assinatura e carimbo

CPF

APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “O biopoder e a domesticação dos corpos infantis: estudo sobre TDAH e as representações sociais de diferentes profissionais acerca do suposto transtorno e da medicalização”, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação e é orientada pela Prof^a. Dr^a. Solange Franci Raimundo Yaegashi, da Universidade Estadual de Maringá – UEM. O objetivo do estudo apresentado no presente projeto consiste em conhecer as representações sociais de diferentes profissionais sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a fim de compreender como o referido transtorno é concebido pelos clínicos que atendem as crianças que são encaminhadas com a suspeita de terem esse transtorno, de que forma realizam o diagnóstico e quais as formas de tratamento mais utilizadas por esses profissionais (pediatras, psicólogos, neuropediatras, fonoaudiólogos e psicopedagogos). Para isso, a sua participação é necessária e ela se daria por meio do preenchimento de um questionário sociodemográfico e da participação em uma entrevista semiestruturada que contará com um roteiro de questões previamente formuladas que lhe possibilitará dar depoimentos, seguindo a própria linha de pensamento. As entrevistas dar-se-ão, após aceite, em seu local de trabalho, em horários previamente organizados. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade (caso você não queira identificar-se), de modo a preservar a sua identidade, sendo que, após a análise das respostas contidas nos instrumentos de coleta de dados os mesmos serão destruídos. Informamos que os riscos da pesquisa podem ser: desconforto pelo teor da pesquisa, e caso ocorra, você pode deixar de responder, sem que isto lhe cause ônus ou prejuízo. Esperamos beneficiar sua prática clínica ao problematizar a questão do TDAH, intencionando colaborar com a formação dos professores. Caso você tenha dúvidas ou necessite de mais esclarecimentos, poderá nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você. Além da assinatura nos

campos específicos pela pesquisadora e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isso deve ser feito por ambas (pela pesquisadora e por você), de forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,....., declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^a. Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi.

_____ Data:.....
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Suzi Maria Nunes Cordeiro, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data:.....
Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida as pesquisadoras responsáveis, conforme os endereços abaixo:

Nome da Doutoranda: Suzi Maria Nunes Cordeiro
Endereço: Rua Ignácio Pelshibesk 10, nº 255, Sarandi/PR CEP 87114-665
Telefone/e-mail: (44) 99828.5610 ou prof-suzi@hotmail.com

Nome da Orientadora: Solange Franci Raimundo Yaegashi
Endereço: Avenida Colombo, 5790 Maringá-PR CEP 87020-900
Departamento de Teoria e Prática da Educação – 44.3011.4887
Telefone/e-mail: (44) 99973.9229 ou solangefry@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM - Universidade Estadual de Maringá.
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UEM, sala 04.
CEP 87020-900. Maringá-PR. Tel: (44) 3011.4597
E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE C QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1- Gênero:

F () M ()

2- Idade: _____anos.

3- Formação:

 Medicina; Psicologia; Fonoaudiologia; Pedagogia; Outra. Qual? _____

4- Especialização em:

Mestrado em: _____

Doutorado em: _____

5- Tempo de atuação profissional:

 0 a 5 anos; 5 anos e 1 mês a 10 anos; 10 anos e 1 mês a 15 anos; 15 anos e 1 mês a 20 anos; Mais de 20 anos.

6- Trabalha em mais de uma clínica?

 Não. Sim.

7- Jornada de trabalho: _____Horas/Semanais

 Manhã; Tarde; Noite.

8- Exerce outras ocupações? _____

9- Nos últimos dois anos você fez curso de aperfeiçoamento, atualização ou especialização em sua área de atuação:

 Não; Sim. Em qual área: _____

APÊNDICE D ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Em sua prática profissional você atende ou já atendeu crianças e/ou adolescentes com o diagnóstico de TDAH? Há quanto tempo?
2. Quem faz com mais frequência esses encaminhamentos para você?
3. O que é TDAH para você?
4. Quais são as causas do TDAH?
5. Nos meios científicos, existem autores que defendem que não existe TDAH e que esse transtorno seria uma invenção. O que você pensa sobre isso? O TDAH seria mesmo uma invenção da mídia ou da indústria farmacêutica?
6. Quando você recebe uma criança com dificuldades de aprendizagem e suspeita de TDAH, quais os tratamentos que você mais recomenda? Por quê?
7. Quais os benefícios e os malefícios que esse (s) tratamento (s) traz (em)?
8. Qual sua opinião sobre as formas de tratamento (psicológico, psicopedagógico, medicamentoso etc.) para o TDAH em crianças e/ou adolescentes?
9. Você considera que os medicamentos contribuem para um melhor desempenho escolar da criança? Por quê?
10. Os medicamentos possuem mais benefícios ou malefícios? Por quê?
11. Quais instrumentos você utiliza para realizar o diagnóstico do TDAH?
12. Além desses instrumentos você faz entrevistas com outras pessoas para saber mais a respeito da criança (por exemplo, com os professores, com os coordenadores, com os pais)?
13. Como é o tratamento da criança com TDAH? Ou seja, em sua área, quais são as formas de tratamento mais utilizadas?
14. Após o diagnóstico da criança e/ou adolescente com TDAH, que tipo de orientação você passa para os pais e para a escola?
15. Algo mais que queira comentar?