



Ministério da Educação
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**DIAGNÓSTICOS DE TDAH E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: ESTUDOS DE CASO
EM PSICOLOGIA ESCOLAR COM CRIANÇAS DO PIAUÍ**

Bruna Saraiva Candeira

Parnaíba-PI

2021

Bruna Saraiva Candeira

**DIAGNÓSTICOS DE TDAH E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: ESTUDOS DE CASO
EM PSICOLOGIA ESCOLAR COM CRIANÇAS DO PIAUÍ**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFDPAr, Linha de Pesquisa Processos psicossociais e sua avaliação em diferentes contextos, como requisito necessário à obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Fauston Negreiros

Parnaíba-PI

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Biblioteca Prof. Cândido Athayde
Serviço de Processamento Técnico

C216d Candeira, Bruna Saraiva

Diagnósticos de TDAH e medicalização da vida: estudos de caso em psicologia escolar com crianças do Piauí [recurso eletrônico] / Bruna Saraiva Candeira. – 2021.

1 Arquivo em PDF.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Fauston Negreiros

1. TDAH. 2. Medicalização. 3. Educação - Psicologia. 4. TDAH - Estudo de Caso. I. Título.

CDD: 370.15

Ministério da Educação
Universidade Federal do Piauí
Campus Ministro Reis Velloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Folha de Aprovação

A dissertação intitulada *Diagnósticos de TDAH e medicalização da vida: estudos de caso em psicologia escolar com crianças do Piauí*, elaborada por Bruna Saraiva Candeira, foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPI e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, como requisito necessário à obtenção do título de Mestra em Psicologia.

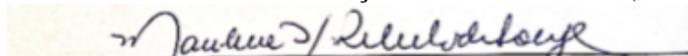
Parnaíba, PI, 25 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fauston Negreiros (UFPI)



Profa. Dra. Marilene Proença Rebello de Souza (USP)



Prof.ª Dr.ª Marilene Proença Rebello de Souza

Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo (UFPI)



Ludgleydson Fernandes de Araújo

Carta ao Leitor

Sou Bruna Saraiva Candeira, tenho 24 anos. Nasci na cidade de Parnaíba, no Piauí, onde vivo até hoje. Após pensar em cursar outras áreas, como Medicina e Medicina Veterinária, decidi, no terceiro ano do Ensino Médio, que queria mesmo era cursar Psicologia. Percebi que queria, de alguma forma, acolher pessoas e famílias, ajudá-las a lidar com situações difíceis e a terem esperança de que a vida poderia ser melhor.

Conseguí passar no vestibular da Universidade Federal do Piauí e, no quinto período do curso, ingressei no Núcleo de Pesquisa e Estudos em Desenvolvimento Humano, Psicologia Educacional e Queixa Escolar (PSIQUED), participando do projeto de extensão que compõe o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Após ingresso neste grupo também surgiu a oportunidade de fazer iniciação científica, onde surgiram as primeiras aproximações com a possibilidade de tentar um mestrado.

Em 2018, participei, junto com os demais membros do Núcleo Piauí do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, do “V Seminário Internacional A Educação Medicalizada: Existirmos, a que será que se destina?”, em Salvador-BA. Nesse evento, passei a me interessar ainda mais por investigar o fenômeno da medicalização, sobretudo sua influência na vida das crianças, através da emergência dos biodiagnósticos.

No Trabalho de Conclusão de Curso investiguei acerca desse tema. Quando estava no último período da graduação, participei da seleção de mestrado, na mesma instituição. Decidi tentar a seleção pois percebia que, naquele momento, gostaria de continuar no meio do estudo e da pesquisa, com o intuito de me qualificar para o mercado de trabalho como profissional da psicologia e também pela meta de, no futuro, iniciar na docência.

Meu objeto de estudo foi pensado em consenso com meu orientador e ele me toca de maneira especial e me motiva a pesquisar, pois, sobretudo, a participação no Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade me despertou interesse acerca do tema. Quanto à metodologia utilizada – estudos de caso – é uma proposta metodológica que me impulsiona a pesquisar, pois permitir que as pessoas contem suas histórias, ouvir, acolher, e incluir as múltiplas versões na composição e análise de casos, é uma forma que me identifico não apenas como pesquisadora, mas também como psicóloga e, sobretudo, como pessoa.

Após a primeira semana de aulas no Mestrado, devido a realidade da Pandemia da Covid-19, que chegava também ao Brasil, o Mestrado passou por adaptações (aulas passaram a ser de forma remota), assim como a metodologia deste estudo também teve que adaptar-se, em pouco tempo, à nova realidade e às novas possibilidades de pesquisa.

Encontramos modos de continuar. Foi nesse momento que eu e meu orientador passamos a investigar sobre modos de pesquisa online, chegando ao que se tornou o desenho final desta pesquisa: estudos de caso em Psicologia Escolar, realizados de modo remoto; tal como pedia o momento que vivíamos, e ao qual adaptava-se a sociedade.

Durante o Mestrado cursei a disciplina de Estágio em Docência na área da Psicologia Escolar, uma experiência que me possibilitou conhecer o processo de planejamento de uma disciplina assim como de aulas para ministrar e métodos de avaliação, mas que, sobretudo, me possibilitou experienciar a vivência de docente e ver o potencial transformador dessa atuação.

No decorrer dessa disciplina também aprofundei meus estudos e pesquisas na área da Psicologia Escolar, a qual perpassa o objeto de investigação desse estudo.

Foi desafiante vivenciar um Mestrado e realizar este estudo de forma remota. Mas também foi surpreendente perceber que é possível desenvolver formas de continuar acolhendo, compreendendo e levando em conta histórias, casos, participantes e – sobretudo – pessoas, na

*construção de novos conhecimentos. Assim, convido você a conhecer este trabalho e desejo
boa leitura.*

Bruna Saraiva Candeira,

Parnaíba- Piauí, 09 de novembro de 2021.

Agradecimentos

À Deus, pelo dom da vida e por seus planos para mim! Sem Seu Amor, eu jamais conseguiria. Torno-me Mestra em Psicologia por pura Graça Dele.

Aos meus familiares, pelo incentivo e apoio. Em especial, aos meus pais, Leninha e Candeira, por todo amor, cuidado e dedicação. Obrigada por não medirem esforços para a minha educação e felicidade. Aos meus irmãos, Marianne e Gabriel, por me estimularem a querer ser melhor. Aos meus avós, aos meus tios e aos meus primos, pelo incentivo e por se alegrarem com minhas conquistas. Ao meu namorado, Luan, por apostar junto comigo em meus sonhos.

Aos meus amigos da graduação, do mestrado, do trabalho, e da vida: pela amizade, companheirismo e partilha de alegrias, lágrimas e experiências.

Aos meus irmãos e amigos da Comunidade Católica Face de Cristo: por torcerem por mim e por serem reflexo do Amor de Deus na minha vida. Vocês fazem toda a diferença. Obrigada pelo acolhimento, pela partilha de vida e missão, e por olharem para mim com olhos de confiança. Grata por enxergarem o melhor em mim e por participarem de todos os momentos da minha vida!

A todos os professores de meu percurso escolar e acadêmico. Ao meu orientador de graduação e de mestrado, Prof. Dr. Fauston Negreiros, obrigada por me apresentar a área de conhecimento e pesquisa da Psicologia na interface com a Educação. Obrigada por cada orientação repleta de acolhimento, empatia e preocupação genuína com meu processo de aprendizagem e de crescimento pessoal. Me mostrou o verdadeiro papel de orientador. Sou muito grata por lhe ter encontrado em minha trajetória de vida.

Ao Grupo de Pesquisa Desenvolvimento Humano, Psicologia Educacional e Queixa Escolar (PSIQUED), do qual tive a alegria em aprender enquanto pesquisadora. Obrigada pela presença, pelas trocas de conhecimento, e por compartilharem a caminhada de lutas, desafios e vitórias no âmbito da Pesquisa.

Aos participantes dessa pesquisa (crianças, famílias e professores), pela disponibilidade, contribuições e confiança em relatar as suas experiências. Os relatos de vocês são janelas abertas para vermos o que se passa por dentro do processo diagnóstico. Obrigada pela contribuição não só a essa pesquisa, mas a todas as demais crianças, famílias e professores – e sociedade – que podem ser alcançados por ela.

À Prof^a. Dr^a Marilene Proença Rebello de Souza e ao Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo por gentilmente aceitarem, em meio a tantos compromissos, participar das minhas bancas de qualificação e de defesa de mestrado. Obrigada pelas valiosas sugestões à minha dissertação. Fico feliz e honrada em tê-los comigo nesse momento de troca de conhecimentos!

A todos que sorriem comigo a cada realização, muito obrigada!

Resumo

A presente pesquisa objetivou analisar a repercussão do diagnóstico de TDAH na vida de crianças diagnosticadas com o transtorno, através de quatro estudos de caso: Mateus de 7 anos e Rafael de 7 anos, estudantes de escolas públicas, e Renan de 10 anos e Caio de 12 anos, alunos de escolas particulares. Para a composição dos casos, foram realizadas entrevistas de modo virtual (em virtude da Pandemia da Covid-19) com professoras, familiares e com as próprias crianças participantes da pesquisa. Os casos foram analisados a partir da perspectiva da Psicologia Escolar Crítica. A partir desta pesquisa foi possível estabelecer que as reverberações do diagnóstico de TDAH ocorrem em um contexto social marcado pela Medicalização e pela visão da Corrente Organicista de explicação do TDAH. Assim, o diagnóstico gera impactos na vida da criança antes mesmo de concretizar-se: ainda no processo diagnóstico, quando a criança passa a frequentar especialistas da saúde no intuito de descobrirem o que há de errado com ela. As intervenções (medicamentosas e de demais terapias, sobretudo psicoterapia e terapia ocupacional) são as soluções prescritas para o problema encontrado: no caso, o TDAH. Percebe-se a importância de pensar intervenções para além das intervenções na própria criança, uma vez que projetos de intervenções e modificações nos fatores socioeducacionais tem potencial para promover novas possibilidades de comportamento para a criança, visto que tal comportamento se manifesta em determinados contextos. Isso demonstra a relevância do olhar da Corrente Histórico-Cultural, buscando uma compreensão ampliada de cada caso, considerando e buscando driblar as lentes colocadas pelo fenômeno da Medicalização, para propor novas alternativas de consideração ao fato TDAH. Com relação às realidades distintas das crianças matriculadas na rede pública de ensino e na rede particular de ensino da cidade de Parnaíba, percebeu-se que conforme o modo de ensino (dentro da realidade de ensino remoto) há divergências na motivação e no envolvimento da criança durante a aula, assim como que as condições financeiras da família interferem no acesso e na quantidade de tratamentos de saúde feitos pela criança após serem prescritos pelo neuropediatra.

Palavras-chave: TDAH; Medicalização; Educação; Estudo de caso.

Abstract

This research aimed to analyze the impact of ADHD diagnosis in the lives of children diagnosed with the disorder, through four case studies: Mateus, 7 years old and Rafael, 7 years old, public school students, and Renan, 10 years old and Caio de 12 years old, private school students. For the composition of the cases, interviews were carried out in a virtual way (due to the Covid-19 Pandemic) with teachers, family members and with the children participating in the research. The cases were analyzed from the perspective of Critical School Psychology. From this research, it was possible to establish that the reverberations of ADHD diagnosis occur in a social context marked by Medicalization and by the view of the Organicist Current of ADHD explanation. Thus, the diagnosis has an impact on the child's life even before it materializes: still in the diagnostic process, when the child starts to attend health specialists in order to find out what is wrong with him. Interventions (drugs and other therapies, especially psychotherapy and occupational therapy) are the prescribed solutions for the problem found: in this case, ADHD. The importance of thinking about interventions beyond interventions on the child itself is perceived, since intervention projects and changes in socio-educational factors have the potential to promote new possibilities of behavior for the child, as such behavior manifests itself in certain contexts. This demonstrates the relevance of the view of the Historical-Cultural Current, seeking an expanded understanding of each case, considering and trying to circumvent the lenses placed by the phenomenon of Medicalization, to propose new alternatives for considering the ADHD fact. Regarding the different realities of children enrolled in the public school system and in the private school system in the city of Parnaíba, it was noticed that, depending on the mode of teaching (within the reality of remote learning), there are divergences in the child's motivation and involvement. during class, as well as that the family's financial conditions interfere with the access and quantity of health treatments performed by the child after being prescribed by the neuropsychiatrist.

Keywords: ADHD; Medicalization; Education; Case study.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA: Associação de Psiquiatria Americana

CEP: Comitê de ética em Pesquisa

DDA: Desordem do Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade

DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTF: Metilfenidato

QI: Quociente de inteligência

TALE: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UFDPa: Universidade Federal do Delta do Parnaíba

UFPI: Universidade Federal do Piauí

ZPE: Zona de Processamento de Exportação

Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama dos estudos que compõem a pesquisa.....	53
Figura 2: Mateus em casa (à esquerda) e Mateus na escola (à direita).....	64
Figura 3: Rafael em casa (à esquerda) e Rafael na escola (à direita)	72
Figura 4: “Renan em casa” (à esquerda e na parte superior direita) e “Renan na escola” (na parte inferior direita).....	91
Figura 5: “Caio em casa”	100
Figura 6: “Caio na escola”	101

Sumário

1. Introdução	13
1.1 TDAH: entre a Corrente Organicista e a Corrente Histórico-Cultural	18
1.2 A Medicalização da vida no contexto escolar	27
1.3 Psicologia Escolar e a perspectiva Histórico-cultural: pensando práticas críticas.....	36
1.4 Objetivos.....	44
1.4.1 Objetivo geral.....	44
1.4.2 Objetivos específicos.....	44
1.5 Estruturação do trabalho.....	45
2. Método	46
2.1 Pressupostos Teórico- Metodológicos do Estudo	46
2.2 Contexto do estudo.....	47
2.3 Procedimentos para apreensão dos dados do estudo e cuidados éticos.....	48
2.4 Procedimentos analíticos do estudo.....	52
3. Estudo 1 - A repercussão do diagnóstico de TDAH na vida de crianças: dois estudos de caso com alunos de escolas públicas em Parnaíba-PI.....	54
4. Estudo 2 - O diagnóstico de TDAH e os impactos na vida de crianças: uma investigação através de dois estudos de caso com alunos de escolas particulares de Parnaíba-PI 79	
5. Síntese Integradora e Recomendações.....	106
6. Referências	111
Anexo A – Parecer aprovado pelo CEP-UFPI	118
Anexo B – Roteiro de entrevista semiestruturada com os pais e/ou responsáveis	1189
Anexo C – Roteiro de entrevista semiestruturada com membros da escola.....	120
Anexo D – Roteiro de produção de desenhos pelas crianças	121
Anexo E – Questionário sociodemográfico.....	122

1. Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um fenômeno acerca do qual existem polêmicas demonstradas na realidade das pesquisas atuais, as quais pontuam sobre o lado obscuro dos transtornos do não-comportamento e da não-aprendizagem, como o TDAH (Pani & Souza, 2018; Collares & Moysés, 2015; Moysés & Collares, 2011).

A questão da existência real ou não do TDAH é perpassada por discussões e polêmicas conceituais, interpretativas, diagnósticas e no que tange ao tratamento do suposto transtorno, como: acerca das causas do TDAH, da sua existência ou não como transtorno (orgânico/genético), da defesa ou crítica no que toca ao tratamento com psicofármacos e, sobretudo, no que diz respeito à inclusão da perspectiva da medicalização como fundo de palco em que o TDAH aparece como transtorno explicativo para comportamentos que fogem ao esperado (Pani & Souza, 2018; Collares, Moysés, & Ribeiro, 2013).

O TDAH é caracterizado por três principais características: hiperatividade, impulsividade e/ou desatenção. Não existe causa conhecida do TDAH, mas o distúrbio envolve anormalidades estruturais no cérebro e desequilíbrios bioquímicos em áreas cerebrais (o corpo estriado, o cerebelo, o sistema límbico e o córtex pré-frontal), que são responsáveis pela atenção, planejamento e atividade motora (Armstrong, 2019).

Não há causa identificada para a origem do suposto transtorno, visto que por mais que sejam conhecidas as áreas cerebrais que concentram anormalidades, a perspectiva gene-ambiente na qual se foca a pesquisa genética atual aponta que genes específicos podem, de fato, fazer com que uma criança seja vulnerável quando exposta a determinados efeitos adversos, todavia influências ambientais também podem interferir na expressão de genes particulares responsáveis pela regulação do desenvolvimento cerebral – o que inclui anormalidades estruturais do cérebro relacionadas ao TDAH (Klein & Lima, 2020).

Mesmo diante dessa realidade que demonstra a diversidade de fatores que estão envolvidos com o TDAH – para além dos fatores biológicos – reforçando a influência do meio, os casos de crianças com diagnóstico de TDAH continuam sendo acompanhados tendo como base uma perspectiva fortemente biomédica, baseada no tratamento medicamentoso, através de estimulantes como o Metilfenidato (MTF), vendido sob o nome de Ritalina (Teodoro & Cruz, 2020; Armstrong, 2019).

Essa perspectiva é reforçada pelo fenômeno da Medicalização, que é um fenômeno que transforma questões de ordem social em questões de ordem médica, promovendo a compreensão e o atendimento de problemas de cunho socioeconômico e cultural pelo viés do modelo biomédico (Illich, 1975; Conrad, 1992).

A medicalização é um fenômeno que foi inicialmente descrito e investigado pelo sociólogo Ivan Illich, e refere-se à jurisdição médica sobre a vida cotidiana, à submissão de questões de ordem social, ou de outras ordens, às entidades médicas. Esse fenômeno apoia-se na concepção de saúde e doença que prioriza ao extremo o aspecto biológico e que volta sua atenção quase que exclusivamente ao indivíduo, tanto em termos de causas quanto de soluções (Illich, 1975).

Através da busca por explicações naturalistas, a lógica medicalizante – individualizante e reducionista – promove não apenas o uso desordenado de psicofármacos, mas também colabora com a produção de patologias, nas quais sintomas de ordem afetiva são elencados como características de patologias intrínsecas ao indivíduo – os transtornos (Teodoro & Cruz, 2020).

No que diz respeito ao campo da Educação, a influência da medicalização se demonstra, por exemplo, na atribuição a causas da não-alfabetização a características inerentes à criança, atribuindo a dificuldade no processo de ensino-aprendizagem a características biológicas e a doenças com origem exclusivamente no corpo, suspendendo da análise o lugar

em que a criança vive, sua história de vida, seu contexto social e o papel do sistema educacional. (Negreiros, 2021; Rocha, Dreon, & Valle, 2020).

A medicalização promove a infiltração do discurso médico no pensamento cotidiano. No caso da Educação, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica, para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação. Essa transformação de problemas de vida em doenças/distúrbios faz surgir em escala crescente “distúrbios de comportamento” e “distúrbios de aprendizagem”. Atribui-se, por exemplo, a não-alfabetização a características inerentes à criança, atribuindo-lhe pretensas doenças e desligando a compreensão acerca do processo de ensino-aprendizagem de sua história de vida e de seu contexto social (Negreiros, 2021; Collares & Moysés, 2015).

A Psicologia Escolar é a área de estudo e atuação profissional do psicólogo que tem no contexto educacional – escolar ou extra-escolar – o foco de sua atenção, e é historicamente marcada por abordar os fenômenos do meio escolar sob uma ótica individualizante e de culpabilização dos alunos por problemas no processo de ensino-aprendizagem. A partir dos anos 1980, sobretudo com os estudos de Maria Helena Souza Patto, passou a ser construído um movimento de crítica com relação a esse modelo de Psicologia (Tanamachi & Meira, 2003).

A atuação crítica em Psicologia Escolar e Educacional, tem como uma de suas bases teóricas a Psicologia Histórico-Cultural, que possui uma concepção de homem como ser social, cuja sociabilidade possibilita o desenvolvimento da subjetividade. Essa compreensão também considera que a aprendizagem é uma condição para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, como a atenção e o controle da vontade (e, assim, do comportamento) podendo ser, portanto, mediada (Meira, 2014).

Assim, imersas nessa multiplicidade produzida pela sociabilidade, as crianças diagnosticadas com TDAH produzem sua própria cultura de pares apropriando-se, reproduzindo e reinventando os diversos discursos sentidos e significados atribuídos ao

transtorno e constituindo-se a partir deles. Entretanto, essa é uma perspectiva pouco discutida e o que se percebe é a prevalência de estudos a respeito do assunto que privilegiam o aspecto organicista em detrimento de discussões sobre a constituição sócio-histórica do TDAH (Rocha, Dreon, & Valle, 2020, Girão & Colaço, 2018).

Frente a essa realidade de discussões e polêmicas no âmbito científico e no meio social e educacional no que tange ao conceito, a existência e, então, à compreensão e ao tratamento do TDAH, emerge o objetivo de analisar a repercussão do diagnóstico de TDAH na vida de crianças, visando assim, também, ampliar a compreensão da sociedade acerca do TDAH.

Para isso, o presente estudo tem como delineamento metodológico a pesquisa por meio de estudos de caso em psicologia escolar, a serem abordados na perspectiva da Psicologia Escolar Crítica, a qual tem como um de seus norteadores teóricos a Psicologia Histórico-Cultural, que a guia na compreensão do ser humano como um ser social e, dessa forma, aborda e compreende as multideterminações envolvidas nas queixas escolares, como nos casos de TDAH (Pani & Souza, 2018).

A relevância e o benefício do estudo aqui apresentado demonstram-se em três níveis. Relevante para a sociedade, para a ciência psicológica e para os participantes da pesquisa. A relevância para a sociedade ocorre no sentido de ampliar a compreensão acerca do TDAH partindo do ponto de vista das crianças diagnosticadas e de seu entorno (família e escola), investigando as repercussões relacionadas ao diagnóstico para assim nortear a postura da sociedade acerca dessa realidade, contribuindo para pensar práticas críticas no campo social e educacional.

Assim, esse estudo é relevante para a sociedade e busca trazer dados e observações de uma pesquisa de campo, por meio da metodologia de estudos de caso em psicologia escolar, para contribuir com uma visão ampliada da sociedade no que diz respeito ao fato TDAH,

envolvendo a diversidade de questões e discussões que estão atualmente incluídas na compreensão e intervenções (medicamentosas, psicossociais e educacionais) do referido transtorno.

Destaca-se também a relevância para a ciência psicológica, uma vez que há incipiência de pesquisas acerca do referido tema, sobretudo no que tange à inclusão da perspectiva da medicalização em sua compreensão. A pesquisa também é relevante para os participantes, visto que propõe uma metodologia na qual estes são ativos no processo de construção do estudo, incentivando-os a serem protagonistas de uma realidade que por vezes submete-os.

A presente pesquisa justifica-se tanto por sua relevância social, acadêmica e aos participantes quanto devido ser relevante no cenário atual, em que o número médio de crianças diagnosticadas com TDAH no mundo é de 5,3%. Com relação ao Brasil, estimativas apontam que o país tem 47 milhões de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, e que uma média de 5% deles teria o transtorno. Isso seria 2,35 milhões de crianças, o que leva a discutir acerca da quantidade de crianças para as quais estão sendo prescritos psicofármacos e como isso repercute na vida e na saúde delas, assim como acerca das repercussões do diagnóstico (que muitas vezes ocupa função de rótulo) de TDAH na vida das crianças (Focus, 2019).

O consumo da substância Metilfenidato é alto no Brasil, sendo este o segundo maior país prescriptor e consumidor da substância para o tratamento de TDAH, evidenciando assim a necessidade de fiscalização e regulamentação quanto a prescrição, compra e consumo do medicamento. Os psicofármacos são atualmente prescritos como a principal alternativa terapêutica de tratamento para crianças com problemas educacionais, sociais, existenciais e emocionais (Domitrovic & Caliman, 2017; Vizotto & Ferrazza, 2017).

Assim, este estudo objetiva somar-se a pesquisas atuais que têm se debruçado tanto sobre o tema da medicalização da educação, quanto do TDAH sob o olhar da Psicologia Escolar

em uma perspectiva crítica (Negreiros & Maia, 2020; Costa, Damasceno, Fonseca, & Negreiros, 2019; Pani & Souza, 2018; Leite & Souza, 2017; Braga, 2017; Leite, 2015) a fim de discutir e analisar a repercussão do diagnóstico de TDAH na vida de crianças.

1.1 TDAH: entre a Corrente Organicista e a Corrente Histórico-Cultural

Na compreensão do TDAH, há duas correntes explicativas do fenômeno: a Corrente Organicista e a Corrente Histórico-Cultural. De acordo com a primeira, o TDAH é decorrente de uma desordem neurobiológica, de origem genética. Já conforme a segunda corrente referida, o TDAH é parte de um fenômeno denominado Medicalização (Signor, Berberian, & Santana, 2017).

A Corrente Organicista, paradigma dominante, é fundamentada por dados que corroboram com o discurso da legitimação médica e biológica do TDAH, dados advindos de pesquisas neurológicas e das funções cerebrais, de estudos feitos com tecnologias de imagem cerebral e da pesquisa molecular e genética. Através desses dados, o discurso neuropsiquiátrico dessa corrente diz ser possível demonstrar que o transtorno é real porque seus correspondentes biológicos para as manifestações comportamentais foram descobertos. Tem-se, então, o argumento de que o diagnóstico de TDAH é real porque é visível, biológico e descreve uma condição de risco/prejudicial/não-saudável (Caliman, 2008).

Em contrapartida, a Corrente Histórico-Cultural de compreensão do TDAH, postula que quando se investiga em profundidade a qualidade das interações sociais em que a criança esteve/está inserida é possível que sejam apreendidas as bases socioeducacionais que constituem o suposto transtorno. Se questiona assim que diferenças sejam precocemente consideradas como distúrbios individuais, sem se considerar com profundidade as práticas sociais e discursivas que circundam o processo de aprendizagem e desenvolvimento (Signor,

Berberian, & Santana, 2017). O presente estudo tem como norteadora essa referida corrente de compreensão e prática: a Histórico-Cultural.

O modelo organicista correlaciona os sintomas a uma suposta doença neuropsiquiátrica – o TDAH – enquanto a contracorrente baseia suas discussões sobre o TDAH no conceito de medicalização, compreendendo que manifestações comportamentais (sintomas) podem ser advindas de relações de sofrimento decorrentes da inserção do sujeito nas práticas sociais (Rocha, Dreon, & Valle, 2020, Signor, Berberian, & Santana, 2017). Dessa forma, o paradigma Histórico-Cultural percebe a nomeação do transtorno como resultado de um fenômeno mais amplo de patologização e biologização de questões cotidianas, comportamentais e sociais – a Medicalização – onde questões passam a ser vistas sob a ótica do normal e do patológico, este último precisando ser tratado.

Com base em uma perspectiva organicista, O TDAH é caracterizado por três principais características: hiperatividade, impulsividade e/ou desatenção (Armstrong, 2019). Conforme a atual versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) ele é classificado como um Transtorno do Neurodesenvolvimento, ou seja, caracteriza-se por dificuldades no desenvolvimento que se manifestam precocemente e influenciam o funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional (APA, 2014).

Ainda de acordo com essa perspectiva de compreensão do TDAH, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas, mas a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura. A contribuição genética é substancial, de modo que vários genes de pequeno efeito são responsáveis por uma vulnerabilidade/suscetibilidade genética ao transtorno, à qual somam-se diferentes agentes ambientais (Klein & Lima, 2020).

A atenção pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto. Se refere ao conjunto de processos

psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações em unidades controláveis e significativas. No que concerne à natureza da atenção, há dois tipos básicos: a atenção voluntária, que exprime a concentração ativa e intencional da consciência sobre um objeto; e a atenção involuntária, tipo de atenção suscitado pelo interesse momentâneo (Kastrup, 2004).

A capacidade de atenção não é constante com o passar do tempo, fluando em função de fatores extrínsecos (valor dos estímulos), fatores intrínsecos (como estado afetivo e grau de motivação) e fatores estruturais (como velocidade de processamento e capacidade de memória). Há o consenso de que os aspectos motivacionais e afetivos da atenção, mobilizados em áreas límbicas, devam interagir com os aspectos de seleção e hierarquização da atividade consciente, elaborados em áreas pré-frontais e parietais, produzindo a atividade atencional (Dalgalarrondo, 2008).

Atenção constante ou sustentada diz respeito à capacidade de manter a atenção ao longo do tempo. Todas as pessoas apresentam limites na capacidade de manter a atenção por longo tempo. Tal desempenho depende da relação entre os estímulos-alvo e os estímulos distrativos, do nível de consciência (vigilância), da motivação e da fadiga (Rueda, 2017).

Assim, a desatenção é caracterizada pela redução da capacidade de concentrar a atenção e redução da velocidade do processamento cognitivo e de resposta. Já a hiperatividade e a impulsividade são caracterizadas pela dificuldade de inibição do comportamento e são decorrentes de alterações da vontade e decorrem de modificações no processo volitivo (Bittencourt, 2019).

O processo volitivo é organizado em quatro etapas: intenção, deliberação, decisão e execução. O ato impulsivo abole as fases de intenção, deliberação e decisão, em função tanto da intensidade dos desejos ou temores, como da fragilidade das instâncias psíquicas implicadas na reflexão, na análise, na ponderação e na contenção da vontade (Dalgalarrondo, 2008).

O DSM-V estabelece para critérios diagnósticos do TDAH um quadro composto por dezoito sintomas principais, sendo nove relacionados à desatenção e nove referentes à hiperatividade/impulsividade. Para o diagnóstico de TDAH são necessários seis sintomas em uma característica ou em cada uma das duas, no caso de crianças, e cinco, no caso de adultos; desde que sejam persistentes por, pelo menos, seis meses; terem se iniciado antes dos 12 anos; sejam causadores de impactos negativos; sejam apresentados em pelo menos dois ambientes (casa e escola, por exemplo); e não sejam melhor explicados por outro diagnóstico (APA, 2014).

Para a literatura acerca do TDAH baseada na corrente organicista, há três tipos de TDAH: com predomínio de sintomas de desatenção, com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade e combinado. A base do diagnóstico está formada pela história de vida, observação do comportamento atual do paciente e relato dos pais, professores e/ou pessoas próximas, como colegas de trabalho – no caso de adultos – sobre o comportamento da pessoa nos diversos ambientes em que frequenta, uma vez que é necessário contextualizar os sintomas, pois, como sintomas isolados, podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças, de sistemas educacionais inadequados ou podem estar associados a outros transtornos (Rohde & Halpern, 2004).

No processo de diagnóstico do TDAH, é observada a presença dos sintomas, com padrão persistente de desatenção e de hiperatividade/impulsividade, capazes de interferir negativamente em vários aspectos da vida da pessoa (APA, 2014). O processo diagnóstico do TDAH deve envolver a família e os professores durante a coleta de dados, sendo necessário o preenchimento de protocolos específicos, que buscam compreender o comportamento da criança nos diferentes contextos em que está inserida. A avaliação do TDAH deve ser criteriosa, utilizando-se de vários instrumentos e de *feedbacks* entre profissionais da área da saúde,

firmando um compromisso de avaliação interdisciplinar (Effgem, Canal, Missawa, & Rossetti, 2017).

Com relação a esse processo diagnóstico, Moysés e Collares (2011) chamam atenção em forma de crítica, para os critérios diagnósticos vagos e imprecisos e que esse processo nasce sob o discurso da objetividade para avaliar o comportamento e a aprendizagem, não avaliando outras variáveis como, por exemplo, o ensino. É feito com base nos sintomas relatados e devidamente interpretados por um especialista, não há exame que dê o diagnóstico.

No que se refere ao tratamento de crianças com TDAH, o mesmo visa à reorganização dos seus comportamentos, com a finalidade de viabilizar atitudes funcionais no meio familiar, escolar e social. O tratamento enfatiza a modificação do comportamento e o ajustamento acadêmico, pautando-se sobretudo no atendimento psicoterápico, na psicoeducação, na orientação escolar e na terapia farmacológica (Sousa, Coimbra, Castanho, Polanczyk, & Rohde, 2020).

Sobre o atendimento psicoterápico, uma vez estabelecido o diagnóstico, os pais e a criança são orientados sobre os modos pelos quais o TDAH pode afetar a aprendizagem, o comportamento, a autoestima, as habilidades sociais e a função familiar. Os programas pretendem melhorar a compreensão dos pais sobre o comportamento dos filhos e ensiná-los a lidar melhor com essa condição. A psicoterapia individual atua também na abordagem de sintomas que comumente acompanham o TDAH (baixa autoestima, dificuldade de controle de impulsos) e para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia) (Bittencourt, 2019).

Quanto à orientação escolar, Desidério e Miyazaki (2007) afirmam que ela pretende auxiliar o convívio de crianças com TDAH com colegas, assim como evitar o desinteresse pela escola e pelos estudos, mas que o desafio para que esta intervenção ocorra é conseguir a participação da escola no tratamento.

Acerca disso, Maia e Confortim (2015) apontam que em sala de aula, as crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH são confundidos com pessoas com mau comportamento, resistentes a normas e orientações dos professores, o que pode comprometer seu desenvolvimento escolar, pois passam a ser recriminados e ignorados. Pimenta, Silva e Pelli (2020) reforçam a importância da criatividade do corpo docente e da equipe pedagógica, para integrar a criança nas aulas e incentivar a participação da família no cotidiano escolar, e que algumas ações não devem ser realizadas com a criança e adolescente: como recriminações e castigos. O importante é motivar o aluno a estudar e elogiar os pequenos avanços, tanto no ambiente escolar como em casa.

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso, de acordo com Sousa et al. (2020) e Barkley (2008), pode ser feito com antidepressivos tricíclicos, atomexina, anti-hipertensivos, e metilfenidato, sendo este último o mais comercializado, conhecido popularmente com o nome de Ritalina. O metilfenidato é uma droga estimulante que age sobre o sistema nervoso central e que tem a capacidade de ativar o nível de atividade, excitação ou alerta. Age no cérebro bloqueando a recaptação de dopamina durante as transmissões sinápticas. Com mais dopamina no córtex, os sintomas de impulsividade e hiperatividade ficam reduzidos, permitindo que o indivíduo controle seu comportamento e, conseqüentemente, sua atenção (Leite & Tuleski, 2011).

Do ponto de vista histórico, no fim do século XIX e início do século XX, o médico George Still vinculou o transtorno da atenção a um defeito da vontade inibitória. Além de ter sido o primeiro pediatra inglês, Still foi também o primeiro professor de doenças infantis do *King's College Hospital* e autor de vários livros sobre o comportamento infantil normal e patológico. Ele ficou famoso pela descrição da artrite reumatóide crônica em crianças (“Doença de Still”). De sua vasta produção, três conferências proferidas diante do *Royal College of Physicians*, no ano 1902, intituladas “Algumas condições psíquicas anormais em crianças”,

publicadas no *The Lancet*, no mesmo ano, são marcantes na história dos diagnósticos de TDAH (Sousa et al., 2020; Caliman, 2010).

O discurso de Still vinculava-se a diversas teorias e práticas que caracterizaram a ciência e a sociedade de seu tempo: preocupação com a infância, teorias fisiológicas na Psicologia e na Pedagogia, busca pelo correspondente biológico/neurológico da moral, defesa moral do controle dos instintos pelas instâncias mais nobres da consciência. Mas, mesmo sob um ponto de vista neurológico, quando falava das causas da patologia da moral, o médico inglês fazia uso de analogias teóricas e de pressupostos metafísicos. A força de seu argumento não se apoiava em nenhuma descoberta científica específica (Caliman, 2010).

Esse processo de relação entre manifestações comportamentais e correspondentes biológicos também emergiu na América. Em 1917, nos Estados Unidos, aconteceu uma epidemia de encefalite, e o aparecimento de sequelas pós-encefalite (sequelas comportamentais e cognitivas, limitações nas capacidades de atenção e memória, e comportamento perturbador) corroborou para a criação de uma hipótese de causa e efeito. Os pesquisadores começaram a supor que, se um dano no cérebro poderia ser responsável pelo surgimento de sintomas na área da atenção e do comportamento, logo, as crianças que já apresentavam esses sintomas os teriam desenvolvido em decorrência de alterações congênitas no cérebro (Signor, Berberian, & Santana, 2017).

Assim, a década de 1920 é marcada pelo fortalecimento da tendência de psicologização do comportamento infantil. A desatenção e o comportamento perturbador (observados por George Still, e discutidos como problemas da moral e da vontade), recebiam a postulação de que não eram mais resolvidos pelo aprendizado do autocontrole, mas através do tratamento psicológico e médico. Esse processo foi um deslocamento da leitura moral da doença mental infantil para a leitura médica e psiquiátrica (Teodoro & Cruz, 2020; Caliman, 2010).

Na história neurobiológica do TDAH, o psiquiatra Charles Bradley, é o nome mais citado quanto à origem do tratamento com estimulante. Bradley afirmava que o medicamento estimulava as partes do córtex responsáveis pelo processo de inibição do comportamento e assim auxiliava no tratamento da hiperatividade. Sua pesquisa comprovava as bases neurofisiológicas do transtorno, contudo ele oferecia uma explicação para o problema que era também psicodinâmica, afirmando a influência do envolvimento em situações de conflito pessoal nos casos das crianças sem interesse pela escola, incapazes de controlar seus comportamentos impulsivos e suas emoções (Caliman, 2010).

Ele testou um fármaco chamado benzedrina, uma forma racêmica da anfetamina, em trinta crianças com “doenças do comportamento”. Ele relatou que, após receberem a benzedrina, catorze crianças obtiveram boa resposta, com melhoras nas tarefas escolares. Logo depois, Bradley e outros autores publicaram relatos clínicos de crianças com sintomas parecidos com os do TDAH, que tiveram uma melhora do quadro durante o tratamento com anfetaminas (Brzozowski & Diehl, 2013).

Em 1944, o metilfenidato foi sintetizado, por um químico chamado Leandro Panizzon, da empresa Ciba. A substância foi testada no próprio pesquisador e em sua esposa, Margarita, ou Rita, a qual passou a utilizá-la com regularidade antes de jogar tênis, pois foi registrado um efeito estimulante. A princípio, o metilfenidato foi utilizado somente por adultos, no tratamento de cansaço intenso, quadros depressivos e episódios de confusão da velhice. (Teodoro & Cruz, 2020; Brzozowski & Diehl, 2013).

Ainda nos Estados Unidos, na década de 1970, o neurologista Meldman defende que em toda patologia mental um problema de atenção estava presente. Para ele, a medida da atenção era, por excelência, a ferramenta diagnóstica da psicopatologia. O trabalho da canadense Virgínia Douglas também é destacado na história do TDAH. Virgínia era líder de um grupo de pesquisadores da Universidade de McGill que buscavam redefinir a desordem da

hiperatividade de uma forma consistente e empiricamente válida, com o objetivo de possibilitar a medida dos déficits atentos e cognitivos em um nível mais profundo do que permitido pela observação comportamental (Caliman, 2009).

Foi nesse contexto norte-americano da segunda metade do século XX, caracterizado pela emergência da “nova psiquiatria” (descobertas psicofarmacológicas que propiciaram a biologização de doenças mentais, tecnologias de imagem cerebral, criação do Instituto Nacional de Saúde Mental) que se formou um território favorável para, em 1980, os problemas relacionados com a atenção e com a hiperatividade serem oficialmente categorizados no rol dos transtornos mentais. Passaram a ser descritos sob o nome de Desordem do Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade (DDA) na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Na revisão da terceira edição, em 1987, o transtorno foi renomeado para a forma como é conhecido atualmente (Armstrong, 2019; Caliman, 2009).

Com a classificação no DSM e com a difusão do diagnóstico, o TDAH passa a ser cada vez mais recorrente na sociedade, ganhando nova roupagem nos diversos contextos e sendo propagado por meio de diferentes discursos (Girão & Colaço, 2018). Flerck (1935, *apud* Caliman, 2009) discorre acerca da análise sociológica do conhecimento científico, segundo a qual todo conceito ou teoria científica são cultural e coletivamente condicionados, ou seja, os fatos científicos são formados no interior de um estilo de pensamento específico de uma época.

De acordo com a autora, há muitos níveis na construção científica de um fato, sendo que em suas bases encontram-se opiniões, escolhas e contingências destoantes. Contudo, no nível mais aparente do fato, revelam-se apenas as partes já adaptadas à forma de pensamento dominante. Assim, no “fato TDAH”, ciência, biologia e moral não se separam (Caliman, 2009).

1.2 A Medicalização da vida no contexto escolar

A Medicalização é um fenômeno que transforma questões de ordem social em questões de ordem médica, promovendo a compreensão e o atendimento de problemas de cunho socioeconômico e cultural pelo viés do modelo biomédico. Assim, questões coletivas são transformadas em individuais e representadas como doenças/transtornos/distúrbios, através da redução de situações de cunho social a aspectos de ordem biológica (Negreiros & Maia, 2020; Viégas & Carvalhal, 2020; Negreiros, Fonseca, & Costa, 2019; Collares & Moysés, 2014; Conrad, 1992)

No contexto escolar, pode-se observar esse processo em situações em que o sujeito que aprende, em sua subjetividade, encontra-se reduzido a uma leitura de saúde, realizada através da linguagem médica, que minimiza questões referentes à complexidade das situações escolares e condições educacionais, tratando-as como coadjuvantes no que tange ao processo ensino-aprendizagem, e compreende as queixas escolares à luz de uma perspectiva individualista e patologizante (Scarin & Souza, 2020; Souza, 2010).

A medicalização se refere ao processo de simplificação de questões de caráter complexo – de cunho sociocultural, político, além de fisiológico – em questões puramente biológicas, de tal forma que se busca encontrar apenas no campo médico as causas e as soluções para esses problemas, discutindo-se o processo saúde-doença de modo centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista, em detrimento das demais facetas (Girão & Colaço, 2018; Zorzanelli, Ortega, & Bezerra Jr., 2014),

Angelucci (2013) destaca três pontos sobre a medicalização. O primeiro é que os modos de vida podem levar ao adoecimento (tantas pessoas que desenvolveram, em decorrência da forma de viver, processos de adoecimento). O segundo é que a cultura (conjunto composto pelas formas de sentir, pensar, perceber e se expressar de determinado povo, em dada época e lugar) estabelece o que se espera de uma pessoa, o que é aceitável em termos de comportamento,

assim como o que é considerado saudável e normal. E o terceiro é o questionamento levantado: “Como lidar com aqueles que não respondem ao estabelecido como normal/saudável?”.

O processo da medicalização conduz a perceber o sofrimento do sujeito como um processo exclusivo dele, sem observar e considerar quais formas de viver a vida e, para além disso, quais maneiras de explicar, viver e cuidar do sofrimento estão sendo produzidas (Viégas & Carvalhal, 2020; Angelucci, 2013).

Assim, Collares, Moysés e Ribeiro (2013), falam sobre o processo de biologização – e decorrente patologização – da vida, que consiste na redução da vida, em toda sua complexidade, a apenas um de seus aspectos: o biológico. Esse fio condutor conduz à naturalização da vida. Uma vez que, na natureza, processos e fenômenos obedecem a leis naturais; ao naturalizar também os processos e relações socialmente construídos, a medicalização, que é consequência da biologização, desconstrói direitos humanos.

Conforme Moysés e Collares (2013) é em consonância com isso que normas sociais são transformadas em pretensas normas biológicas. Com o advento da Medicina Moderna, se atribui a esta a tarefa de normatizar o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é, levando em consideração a ordem natural, detectada cientificamente.

Caliman (2013) conduz uma reflexão acerca da biopsiquiatria, e destaca que nela a veracidade do sofrimento fica sob o olhar das lentes diagnósticas, ou seja, um sofrimento só é sofrimento, uma doença só é doença e um diagnóstico só é diagnóstico quando este for um bio diagnóstico.

Acerca dessa realidade, conforme Moysés e Collares (2013, p.41): “Vivemos a Era dos Transtornos. Uma época em que as pessoas são despossuídas de si mesmas e capturadas, submetidas na teia de diagnósticos-rótulos-etiquetas, antigos e novos, cosmeticamente rejuvenescidos ou reinventados.”

Nesse sentido, o corpo biológico passa a ser visto como aquilo que define o sujeito. Em consonância, as descrições de si e dos outros passam a ser feitas através de uma linguagem somática. O corpo, e de forma mais específica, o cérebro, assume o centro das explicações sobre o processo de viver. E, com uma frequência que cresce, este corpo passa a ser percebido como um corpo patológico (Caliman, 2013).

De acordo com Faraone e Bianchi (2013), no século XVIII, a medicina se tornou Medicina Social, estendendo sua incumbência e seu campo de conhecimento – e de poder – a questões como as condições de vida, a alimentação, a higiene e a infância.

Contudo, a expressão Medicalização foi difundida apenas no século XX, pelo filósofo austríaco Ivan Illich em seu livro “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, ao alertar que a ampliação e a extensão do poder médico afetavam as possibilidades das pessoas de lidarem com os sofrimentos emergentes no cotidiano, correspondendo assim em um movimento de transformação das dores da vida em doenças (Illich, 1975).

Segundo Illich (1975), o sistema médico estaria medicalizando a vida, pretendendo ter autoridade sobre: pessoas que ainda não estavam doentes, pessoas que estavam doentes e que já eram acompanhadas por subsídios médicos (mas que contavam com resultados semelhantes advindos de tratamentos oferecidos por familiares mais experientes) e pessoas para quem racionalmente não se esperava uma cura.

Illich (1975) discorre sobre o histórico do desenvolvimento de algumas doenças, como a tuberculose e a difteria, e como foram controladas antes mesmo de uma possível intervenção do saber médico. Para ele, o que conduziu à redução da mortalidade da população não foi a atuação da medicina, e sim uma melhoria nos hábitos nutricionais da própria sociedade. Ele aponta em sua crítica que não era a iniciativa de catalogar as possíveis enfermidades e assim a criação de diagnósticos que reduzia os casos de doenças, mas o meio –

sobretudo o modo de vida da população – que tinha uma primordial influência na redução do avanço e do agravamento dos casos de certas enfermidades.

É nessa perspectiva que Illich propõe a ideia da Iatrogênese Social, a qual corresponde à produção de dependência dos postulados médicos pela sociedade. Isso gera um posicionamento passivo que conduz à perda de autonomia frente à situação de saúde ou doença. O autor cita também os efeitos desse processo na sociedade, que parece impor um saber ao indivíduo deixando-o sem autonomia (Silva & Canavêz, 2017).

Em décadas posteriores, 1980 e 1990, ele reavalia suas análises, e acrescenta que o fenômeno estudado não é consequência unicamente de um monopólio ou imperialismo da medicina, mas de uma produção de urgência com o que se refere ao autocuidado, na qual o cidadão comum/cliente/consumidor torna-se uma nova espécie de profissional da saúde (Silva & Canavêz, 2017).

Conforme Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014), nos anos 60, a profissão médica era proeminente em determinar o que o corpo é e como ele deveria sentir, enquanto nos anos 70, ela começou a partilhar com outros agentes esse poder – novos saberes e estratégias para gerir a saúde e as novas doenças da sociedade – como a farmacologia, um campo de estudo propulsor do avanço da indústria farmacêutica e de sua relação direta com o consumidor.

Illich (1975) aborda essa associação entre a medicina e a indústria farmacêutica que ocorre através da incorporação da lógica farmacêutica no cotidiano dos indivíduos por meio da aproximação com os profissionais da medicina. De acordo com o autor, esse fato encontra respaldo no mascaramento de pesquisas (financiadas pela indústria farmacêutica) que apresentam resultados contraditórios, o que retiraria da sociedade a autonomia advinda da possibilidade de avaliarem a necessidade e a eficácia de um determinado medicamento.

Outro autor de relevância no campo de estudos sobre a medicalização é o sociólogo norte-americano Peter Conrad, conforme o qual o controle social médico é uma aceitação da

perspectiva médica como uma definição dominante sobre certo fenômeno – esse controle inclui conselhos e informações médicas que, contudo, já faziam parte do conhecimento comum, como a alimentação saudável e exercícios regulares. De acordo com Conrad, a medicalização do “desvio” é uma variante da intervenção médica que busca eliminar, modificar, isolar ou regular – tendo como premissa os significados médicos – um comportamento socialmente definido como desviante (Silva & Canavêz, 2017).

Nesse sentido, compreende-se que a medicalização abarca tanto a via da patologização quanto a via de uma suposta saúde ideal (Silva & Canavêz, 2017). De acordo com Conrad (1992), a crítica da medicalização repousa sobre como o modelo médico descontextualiza problemas sociais e os coloca sob o controle médico, resultando em uma individualização daquilo que poderia ser visto como um problema social, coletivo.

Nesse momento de construção de um posicionamento crítico acerca da medicalização, em 1984, é publicado o livro “No está em los genes” de autoria de Lewontin, Rose e Kamin, no qual é realizada uma reflexão crítica sobre como são produzidos os manejos políticos de determinismo biológico a fim de justificar a supremacia de certos grupos em detrimento de outros, a serviço de interesses específicos. Acerca do olhar teórico pautado na linearidade genética criticado no livro, Untoiglich (2013, p.122) discorre ainda que:

Parte-se da falácia de que os genes determinam linearmente o comportamento; portanto, as alterações genéticas produziram mau comportamento, que seria consequência de más combinações genéticas; portanto, são os indivíduos que devem mudar, justificando assim as intervenções medicamentosas para minimizar os efeitos da herança defeituosa, sem questionamentos à sociedade, à educação ou à construção dos laços sociais.

Assim, não se parte da concepção de um psiquismo em processo de constituição, no qual toda expressão afetiva, cognitiva e comportamental respondem a determinações

complexas, supondo apenas, em estado de primazia, um suposto déficit de origem neurobiológica (Untoiglich, 2013).

No Brasil, Cecília Donnangelo, socióloga e professora da Faculdade de Medicina da USP, foi pioneira na discussão sobre a medicalização. Ela se dedicou a pesquisar as relações entre saúde e sociedade, analisando as consequências do projeto de medicalização da sociedade e apontando as formas pelas quais ele se concretiza, destacando, sobretudo, a influência da extensão da prática médica (Moysés & Collares, 2013).

Nessa extensão, destacam-se dois sentidos: a ampliação quantitativa dos serviços com a decorrente incorporação crescente da população ao cuidado médico e, como segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da medicina sobre as concepções de saúde, dos meios para obtê-la, e sobre as condições gerais da vida (Donnangelo, 1976, *apud* Moysés & Collares, 2013). Conforme Silva e Canavêz (2017):

Desse modo, toda e qualquer questão como, por exemplo, o desempenho no trabalho, na vida social, o crescimento e o envelhecimento, tornam-se problemas de ajustes ‘fisiológicos’, recaindo, assim, sobre o reducionismo biológico, no imperialismo e na normatividade dos diagnósticos que tomam o lugar de controle sobre a vida.

Conrad e Leiter (2004) abordam as forças importantes da medicalização conforme a realidade histórica. Assim, relatam que na década de 70 as forças motrizes do fenômeno eram os médicos, os movimentos sociais e grupos de interesse e algumas atividades organizacionais e interprofissionais. Já no século XXI, a biotecnologia, os consumidores e o “*managed care*” são os pilares de sustentação e avanço do fenômeno.

Classificados como doentes, as pessoas tornam-se não apenas pacientes, mas também, conseqüentemente, consumidores de tratamentos, terapias e medicamentos. Seguindo a lógica patologizante, “as pessoas é que teriam problemas, seriam disfuncionais pois não se

adaptam, seriam doentes pois não aprendem, teriam transtornos pois são indisciplinadas” (Collares, Moysés, & Ribeiro, 2013, p.17).

Oliveira e Souza (2013) apontam que, seguindo a lógica da medicalização, as dificuldades de aprendizagem, assim como suas soluções, passam não mais a serem compreendidas como parte do processo, mas sim como indicativos de doenças, cuja solução se encontra, assim, fora dos processos pedagógicos.

A medicalização promove a infiltração do discurso médico no pensamento cotidiano. No caso da Educação, desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica, para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação. Essa transformação de problemas de vida em doenças/distúrbios faz surgir em escala crescente “distúrbios de comportamento” e “distúrbios de aprendizagem”. Atribui-se, por exemplo, a não-alfabetização a características inerentes à criança, atribuindo-lhe pretensas doenças e desligando a compreensão acerca do processo de ensino-aprendizagem de sua história de vida e de seu contexto social (Collares & Moysés, 2015).

Acerca disso, Collares, Moysés e Ribeiro (2013) relatam:

Tudo se passa como se os graves – e crônicos – problemas do sistema educacional e da vida em sociedade fossem decorrentes de doenças e que seriam resolvidos pelo campo da saúde; cria-se um círculo vicioso, em que a demanda assim construída amplia a patologização, que aumenta a demanda por serviços de saúde, que amplia ainda mais a patologização, que...

A medicalização do campo educacional possuiu, e ainda assume, diversas faces, alicerçando, por exemplo, no Brasil: o preconceito racista sobre a inferioridade dos negros e do povo brasileiro, devido a mestiçagem; a inferioridade intelectual da classe trabalhadora (representada tradicionalmente no século XX pela figura do “Jeca Tatu”, estereótipo da união de desnutrição, verminose e anemia) e os discursos patologizantes com referência a doenças

neuroológicas e/ou psiquiátricas (que emergem sobretudo na segunda metade do século XX e ganham força no século XXI, através das explicações organicistas para justificar as dificuldades de escolarização) (Collares, Moysés, & Ribeiro, 2013; Patto, 1990).

Nessa perspectiva, Klein e Lima (2020) e Untoiglich (2013) abordam que, ao invés de servir como ponto de referência a concepção de um psiquismo infantil em processo de constituição – no qual complexas influências e determinações têm efeito sobre expressões de ordem afetiva e cognitiva – se supõe como causa um déficit de aparente origem neurobiológica, como o TDAH.

No contexto contemporâneo de explicações organicistas para justificar as dificuldades de aprendizagem, o diagnóstico de um transtorno, por ser uma classificação, produz efeitos e, também, produz realidade. Os diagnósticos servem como tecnologias subjetivas que, além de revelar o real, também participam de sua criação (Klein & Lima, 2020; Caliman, 2013).

Novas e Rose (2000) discorrem acerca das *cidadanias biológicas*, ou *biocidadanias* – concepções de cidadania baseadas nos fatores biológicos da existência dos seres humanos – pano de fundo fortalecido na atualidade, onde uma centralidade é assumida pela prática diagnóstica. Assim, com relação à era das cidadanias biológicas, Ortega (2003) postula a questão das *bioidentidades*, ou seja, os biodiagnósticos atuando na constituição de novas identidades. Caliman (2013) fala acerca do efeito identitário dos biodiagnósticos utilizando exemplos de apresentações pessoais que ganham força: “sou Paulo e tenho TDAH”; “sou Ana e tenho Dislexia”.

Pode-se perceber, na atualidade, uma ampliação dessa perspectiva individualista e diagnóstica, o que corrobora para que haja o deslocamento para os sujeitos da compreensão de produções sociais, como os processos de ensino-aprendizagem. Assim, no caso da

medicalização da educação, o processo de exclusão pela produção de “doenças” que explicam as dificuldades de aprendizagem tem suporte nessa perspectiva (Oliveira, 2013).

Angelucci (2013) reforça que um olhar crítico diante do fenômeno da medicalização não se trata de aderir a um relativismo científico e moral em defender que então não existiriam doenças, mas sim que se trata de reconhecer que os sofrimentos individuais também se constroem a partir das relações, das condições de vida.

A medicalização da educação pode ser observada nas crescentes queixas de adoecimento, nas quais se percebe o julgamento patologizante e reducionista em relação às dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. No contexto escolar, a medicalização contribui com o pensamento de que os alunos são os principais responsáveis pelo seu fracasso escolar, pois, segundo tal perspectiva, quando há o fracasso, os culpados são eles – pois carregam algum tipo de distúrbio ou problema que atrapalha o processo de aprendizagem (Collares & Moysés, 2015).

Assim, Untoiglich (2013) fala acerca da rotulação da infância e afirma que a subjetividade da criança diagnosticada com algum transtorno pode se fixar nesse diagnóstico/rótulo como uma espécie de identificação coagulante, assim como pais e docentes também começariam a esperar que a criança se comportasse de determinada maneira, seguindo o que é esperado no desenvolvimento do transtorno encontrado e, por conseguinte, os argumentos se encerrariam em si mesmos: “faz isso porque é um TDAH”.

É nessa realidade de individualização da responsabilidade pela problemática encontrada – o não aprender e o não se comportar – que Faraone e Bianchi (2013) explicam sobre a problemática do uso crescente de psicofármacos em crianças: uma relação entre os manuais de classificações diagnósticos, as indústrias farmacêuticas e, como pano de fundo, o fenômeno da medicalização.

Faraone e Bianchi (2013) relatam ainda que desde a publicação do DSM-III aumentaram os financiamentos de ensaios clínicos por parte da indústria farmacêutica, sendo que no DSM-IV, publicado em 1994, se consolida uma notável articulação entre a inclusão de novos diagnósticos e a produção de novos medicamentos. No caso do TDAH, o predomínio do metilfenidato não tem variado.

Assim, seguindo o raciocínio da medicalização da educação, se o aluno não aprende e não se comporta, ele possui um transtorno, e precisa ser medicado para assim poder aprender e também se comportar. A responsabilidade por uma situação complexa e multideterminada (o processo de ensino-aprendizagem) recai apenas sobre um dos lados, o das crianças e adolescentes, que logo são diagnosticadas e encaminhadas para tratamentos postulados como eficazes (terapias e medicações) para a solução do problema – não aprender e não se comportar (Collares & Moysés, 2015).

Dessa maneira, compreender o TDAH na perspectiva da medicalização significa entender tal transtorno como problema individual e biológico, não considerando sua constituição social, nem a compreensão de que o processo saúde-doença se delinea no meio social, que constitui a pessoa em seu contexto de relações (Girão & Colaço, 2018).

1.3 Psicologia Escolar e a perspectiva Histórico-cultural: pensando práticas críticas

O advento da psicologia como ciência, no final do século XIX, não ocorreu em um vazio histórico, mas sim em um período no qual foi utilizada a serviço da reordenação do *status quo* da sociedade e para justificar, por intermédio do conhecimento das ciências humanas, o abismo entre as classes sociais, por meio da ênfase em aspectos particulares dos indivíduos, das famílias e do meio sociocultural como atributos e causas explicativas (Tanamachi & Meira, 2003).

Em consonância, a área da Psicologia da Educação, emergente no início do século XX, surgiu como campo que se propunha a estudar questões importantes que interessavam à educação escolar. Com o auxílio da psicometria e com o advento dos testes de inteligência (formulados inicialmente pelo pedagogo e psicólogo francês Alfred Binet, e que serviram de base para os atuais testes de QI) no período de reforma da educação, na França, a psicologia da educação servia à necessidade de avaliar a aprendizagem das crianças para propiciar um ensino adequado a elas e para resolver os chamados “problemas das crianças” (Barbosa & Souza, 2012; Tanamachi & Meira, 2003).

No Brasil, a Psicologia Escolar ganhou respaldo sobretudo a partir da década de 1940, quando se tornou uma prática profissional cuja função seria a de resolver problemas escolares (“Psicologia do Escolar”), descomprometida, assim, com as questões fundamentais da educação. Era uma prática que servia ao processo de culpabilização do aluno, desconsiderando as múltiplas determinações da escolarização (Barbosa & Souza, 2012; Tanamachi & Meira, 2003).

Guzzo (2008) reforça que o psicólogo escolar brasileiro iniciou sua atuação respondendo a um modelo de atuação característico da época, tentando responder às necessidades que emergiam no período e ajudando a formar professores de novas gerações. Era um modelo de atuação sobretudo preventivo em que se trabalhava a formação do professor e, ao mesmo tempo, o atendimento às situações de emergência na aprendizagem.

Acerca desse modelo inicial de atuação do psicólogo nas escolas brasileiras, Martinez (2010) destaca que era uma atuação associada ao diagnóstico e ao atendimento de crianças com dificuldade emocionais ou de comportamento, assim como orientações a pais e a professores sobre como trabalhar com alunos com esses problemas. A autora discorre que essa situação é consequência do modelo clínico de formação dos psicólogos no Brasil, assim como da representação social dominante sobre a atividade desse profissional.

Essa atuação de fundo individualizante passou a ser denunciada no Brasil a partir da década de 1980, momento no qual se consolidou uma postura crítica em relação à identidade e à função social do psicólogo escolar. O texto de Maria Helena Souza Patto, de 1984, “Psicologia e Ideologia: reflexões sobre a Psicologia Escolar” é marco do movimento de crítica que pauta-se, nesse momento, pela constatação e análise crítica da história da psicologia na educação, enfatizando o trabalho coletivo. A obra, também da autoria de Patto, “A produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia”, de 1990, na qual emergem reflexões acerca da medicalização da educação através de estudos de caso com crianças de escolas da periferia da cidade de São Paulo também é um marco da Psicologia Escolar Crítica (Souza, 1996).

A Tese de Doutorado de Marilene Proença Rebello de Souza (1996) incentivou uma nova abordagem de atuação do psicólogo escolar, a partir, sobretudo, de perceber os problemas do meio escolar, não mais unicamente como problemas de aprendizagem (centrados no aluno), mas como problemas que emergem dentro do processo de escolarização, ou seja, problemas sociais, constituindo-se como queixas escolares, ao invés de problemas individuais do aluno.

Souza (1996) analisou as concepções presentes, que sustentavam ações em atendimentos a queixas escolares, nos cursos de Psicologia da capital do estado de São Paulo, com dados colhidos nos programas de curso, em entrevistas com professores e em levantamento da queixa escolar em prontuários das Clínicas-Escola. Encontrou, nos programas de curso, posições teóricas divergentes a respeito dos problemas escolares, assim como uma ênfase, nas disciplinas de estágio, ao atendimento clínico, centrado na criança e em sua família. Nos prontuários analisados, percebeu uma concepção de queixa escolar que considerava como principal causa das dificuldades de escolarização problemas oriundos das próprias crianças (aspectos da personalidade, orgânicos e cognitivos) e/ou de suas famílias. Ressalta-se, porém, que tinha início um movimento de crítica na formação de psicólogos que pôde ser identificado

a partir de práticas de entendimento e de atendimento à queixa escolar que consideravam o contexto escolar como parte do processo diagnóstico. Já aparecia um Serviço que, na compreensão da queixa, considerava o Contexto.

Acerca disso, Negreiros e Brito (2016) apontam que as queixas escolares podem ser produzidas por diversos fatores que compõem o território escolar, como práticas pedagógicas inadequadas para a realidade dos estudantes, falhas na formação do educador, currículo escolar acrítico e sem sentido para os educandos e frágil relação família-escola.

Nessa perspectiva de compreensão das dificuldades escolares dos estudantes como expressão do processo de escolarização é desenvolvida a abordagem “Orientação à queixa escolar” articula níveis de análise da queixa escolar – tradicionalmente abordados de forma separada – as esferas: individual (subjetividade) e social (realidade social). Ela tem como princípio considerar as práticas escolares fazendo parte dos elementos produtores da queixa escolar, e a atuação do psicólogo escolar e educacional construindo-se a partir desse foco. É orientada a reconstrução da história do problema de escolarização, que se faz conhecendo-se as versões do aluno, da família e da escola acerca da queixa (Souza, 2007).

A concepção crítica da Psicologia Escolar desenvolvida no Brasil tem como referencial teórico de base a Psicologia Histórico-Cultural, corrente da psicologia alicerçada nas proposições teóricas do materialismo histórico-dialético. Essa vertente da psicologia se propõe a explicar como, a partir do mundo objetivo (que é histórica e socialmente construído) se desenvolve o mundo subjetivo do indivíduo. Supõe, como tarefa da psicologia, o estabelecimento de mediações entre o desenvolvimento histórico-social da humanidade e a vida particular de cada sujeito (Tanamachi & Meira, 2003). Ela adota como pressuposto que o comportamento humano deve ser estudado tanto nos seus aspectos biológicos quanto históricos, pois mudanças no desenvolvimento histórico da humanidade criam um tipo diferente de homem (Leite & Tuleski, 2011).

A psicologia histórico-cultural defende que as relações em sociedade são históricas e se delineiam dentro de um contexto, o que requer que sejam consideradas as múltiplas determinações envolvidas nos processos e produtos dessas relações para se aproximar da compreensão de sua essência e de sua totalidade. Logo, se o psiquismo humano é construído dentro da atividade social, para conhecê-lo é necessário conhecer também a totalidade na qual ele está inserido, ou seja, a sociedade (Eidt e Tuleski, 2010).

Estudando a relação entre pensamento/linguagem e aprendizagem/desenvolvimento, considerando a influência da consciência e das emoções, Vygotsky (1996) ultrapassa as concepções inatistas, ambientalistas e interacionistas – as quais reforçam a ideia de determinismo prévio, seja inato ou adquirido – em defesa da perspectiva histórico-cultural no tocante a estudar, compreender e atuar frente a tais temas relativos ao desenvolvimento humano. Logo, a finalidade de seu trabalho era no sentido de redefinição do método de compreensão do fenômeno humano, para descobrir o meio pelo qual a natureza social se torna a psicológica dos indivíduos.

A Psicologia Escolar Crítica, que tem como pressuposto a psicologia histórico-cultural, tem como foco o modo como a atividade dos alunos é determinada pela educação, assim como a descoberta e o trabalho com as leis psicológicas que regem esse processo. Leva em consideração os determinantes sociais e os aspectos subjetivos da organização escolar relacionados à definição dos problemas de ensino-aprendizagem, visando a transformação do trabalho da escola. Visa colaborar para a construção de um processo educacional que seja capaz de socializar o conhecimento, assim como contribuir para a formação ética e política dos sujeitos do espaço escolar (Tanamachi & Meira, 2003).

A Psicologia Escolar Crítica foi resultante de um movimento de crítica no Brasil à concepção positivista de ciência presente na psicologia; às práticas clínico-terapêuticas que atribuíam as causas do fracasso escolar às crianças, às suas famílias e à cultura, sem se

questionar o papel da escola, individualizando o processo de escolarização (Souza, 2017). Essa individualização pode ser exemplificada pelo TDAH, presente como justificativa corrente para o fracasso escolar de parte das crianças, atribuindo-se a elas a responsabilidade por não aprender – e isentando de análise o contexto escolar e social em que estão inseridas (Eidt, 2004).

Eidt e Tuleski (2010, p.124) discorrem que:

A concepção do desenvolvimento como amadurecimento orgânico, entendido como algo que se dá independentemente do contexto, do meio social e das relações em que a criança está inserida, opõe-se radicalmente à concepção de desenvolvimento e aprendizagem na abordagem da psicologia histórico-cultural. Nesta última, as funções psicológicas superiores, das quais fazem parte a atenção e o controle voluntário do comportamento, não são meros processos endógenos, mas dependem fundamentalmente da apropriação dos signos da cultura, possibilitada pela constante mediação de outros homens.

Dessa forma, a psicologia tradicional aborda e explica o controle voluntário do comportamento humano como um ato de vontade. Em contrapartida, a psicologia histórico-cultural afirma que o próprio surgimento da vontade tem origem na história social do homem e requer uma explicação (Vygotsky & Luria, 1996).

Na perspectiva histórico-cultural os possíveis transtornos de aprendizagem e/ou de desenvolvimento, como o TDAH, não são percebidos como fenômenos naturais, individuais, mas sim por condições constituídas em meio à influência das produções humanas e materiais. Assim, no caso das crianças que apresentam dificuldades no controle da atenção e no domínio consciente da conduta, a questão está em compreender esse fenômeno não a partir das funções psicológicas elementares, comuns a homens e animais, mas a partir das funções psicológicas superiores, especificamente humanas, que se desenvolvem pela apropriação da cultura humana (Eidt & Tuleski, 2010).

Na perspectiva da psicologia histórico-cultural, o desenvolvimento humano ocorre em decorrência de uma inter-relação entre os componentes biológicos, sociais e históricos. Assim, o desenvolvimento da criança não se dá apenas como um processo maturacional, mas envolve também o domínio dos conteúdos da experiência cultural, dos meios de pensamento e das formas de comportamento (Eidt & Tuleski, 2010).

A regulação da conduta, tanto da atenção como da vontade, é uma construção interna dos sujeitos por influência das relações sociais. Logo, a nomenclatura “disfunção”, utilizada na literatura acerca do TDAH, limita a compreensão do problema ao domínio das funções psicológicas elementares, relegando apenas ao segundo plano o componente histórico e social do psiquismo humano. Todavia, de acordo com os pressupostos da psicologia histórico-cultural essas duas esferas mantêm entre elas uma relação dialética, ao invés de serem abordados e considerados de modo isolado. Para desenvolver as funções superiores é necessário o correspondente orgânico, ou seja, o cérebro em sua integridade, mas ele, isolado, sem a apropriação da cultura, não garante esse desenvolvimento (Eidt & Tuleski, 2010).

De acordo com Leite e Tuleski (2011) cabe observar que a atenção voluntária e o controle voluntário do comportamento – relacionados à tríade sintomatológica do TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade – são funções superiores, ou seja, não são inatas ou instintuais, mas se desenvolvem a partir das apropriações do ambiente cultural. Logo, é inviável esperar que uma criança já nos primeiros anos de atividade escolar, e assim de interação com o ambiente escolar, que é mediador, seja capaz de fixar voluntariamente sua atenção e controlar seu comportamento.

As formas superiores de comportamento estão alicerçadas sobre as formas inferiores. As condutas inferiores são inatas, já as superiores, voluntárias, precisam ser desenvolvidas, a partir da participação do sujeito em um meio cultural. Entender o TDAH dentro da perspectiva histórico-cultural implica em ir além do estudo dos sintomas evidentes e

também da concepção de que os indivíduos têm, por natureza, a capacidade de prestar atenção e controlar seu comportamento; é necessário, antes, estudar como ocorre o desenvolvimento da atenção, especialmente da forma superior de atenção (a voluntária), para então discutir possíveis problemas que implicam em características de déficit de atenção (Leite & Tuleski, 2011).

Do ponto de vista histórico-cultural, as funções psicológicas superiores – incluindo a atenção dirigida, aspecto fundamental no diagnóstico do TDAH – originam-se como atividade interpsicológica, que se reconstrói pelo processo de internalização, tornando-se intrapsicológicas, sendo, portanto, construídas das relações sociais (Girão & Colaço, 2018).

Para a psicologia histórico-cultural, o sujeito organiza sua conduta a partir do que lhe é transmitido no seu ambiente sociocultural. Logo, condutas, hábitos e comportamentos são apropriados pela criança. Isso significa que a atenção voluntária, tanto em sua composição quanto em sua estrutura e função, não é simplesmente o resultado de um desenvolvimento natural, pois é influenciada por estímulos externos. Nesse sentido, destaca-se a importância da educação e do ensino sistematizado como transmissor desses estímulos externos que irão reorganizar a conduta da criança.

No que tange à educação formal das crianças, no âmbito educacional, observa-se a forte influência do modelo político-econômico neoliberal, a partir do direcionamento dos ensinamentos escolares para o mercado de trabalho, implicando na superficialização dos conteúdos (Leite & Tuleski, 2011).

Nessa perspectiva, ao observar a cultura ocidental vigente, é possível perceber a presença característica de relações sociais pautadas pelo imediatismo, pela rapidez (Bauman, 2001). No mundo adulto: uma dificuldade para lidar com as crianças, devido à falta de tempo para dedicar-se a elas. No mundo infantil: agendas superlotadas, com escola em tempo integral, atividades extracurriculares, além do uso crescente de dispositivos tecnológicos. Produz-se um modo de vida ao mesmo tempo intenso e disperso, exigindo das crianças o processamento de

uma grande quantidade de estímulos e um desenvolvimento intelectual cada vez mais acelerado, o que se reflete nas suas condições de aprendizagem. Em vista disso, as crianças com TDAH refletem, em maior ou menor grau, as características da sociedade em que estão inseridas e se constituem também a partir disto (Girão & Colaço, 2018).

Caliman (2013) aponta a necessidade de analisar o impacto político, social e subjetivo dos biodiagnósticos – como o TDAH – afirmando que esse impacto não é óbvio, mas que precisa ser interrogado e narrado pelos sujeitos que vivem cotidianamente a experiência de ser diagnosticado ou de cuidar de alguém diagnosticado.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral:

- Analisar as situações que constituíram repercussão do diagnóstico de TDAH e sua repercussão na vida de crianças de Parnaíba-PI.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Verificar, através de estudos de caso, de que modo o diagnóstico de TDAH repercute na vida de crianças de escolas da Rede Pública de Ensino de Parnaíba-PI.
- Investigar a reverberação do diagnóstico de TDAH na vida de crianças de escolas da Rede Privada de Parnaíba-PI, por intermédio de estudos de caso.
- Compreender de que modo os familiares da criança diagnosticada com TDAH percebem a criança e o transtorno;
- Apreender os significados e as práticas escolares da comunidade escolar frente aos casos das crianças diagnosticadas com TDAH.

1.5 Estruturação do trabalho

O trabalho está estruturado de modo que no Capítulo 1, Introdução, é apresentada uma discussão do objeto de estudo a partir da literatura da área, assim como os objetivos da pesquisa. No Capítulo 2, é discorrido acerca dos aspectos metodológicos do estudo.

No Capítulo 3 são apresentados casos de duas crianças matriculadas na Rede Pública de Ensino da cidade de Parnaíba e que foram diagnosticados com TDAH e no Capítulo 4 são apresentadas duas crianças que estudam em escolas da Rede Privada e que também são diagnosticadas com TDAH. Esses capítulos são seguidos por uma sessão que apresenta uma Síntese Integradora e Recomendações a partir da análise e dos estudos de caso realizados nessa pesquisa, seguido pela sessão de Referências – e pelos Anexos.

2.1 Pressupostos Teórico-Metodológicos do Estudo

A presente pesquisa segue o delineamento de tipo qualitativo. Na abordagem qualitativa tem-se como objetivo construir conhecimentos, buscando-se compreender o processo mediante o qual os agentes pesquisados constroem significados sobre o tema a ser investigado. Assim, o papel do investigador não consiste em modificar pontos de vista do entrevistado, mas sim compreender os pontos de vista dos sujeitos e as razões que os alicerçam (Zanetti, 2017).

No presente estudo, a investigação ocorreu através de Estudos de Caso, abordagem metodológica que tem como sentido focalizar um fenômeno particular, por intermédio do aprofundamento de casos, levando em conta seu contexto e suas múltiplas dimensões. Como critérios que caracterizam os estudos de caso, destacam-se: o caso tem uma particularidade que merece ser investigada; e o estudo deve considerar a multiplicidade de aspectos que caracteriza o caso, o que vai requerer o uso de múltiplos procedimentos metodológicos para desenvolver um estudo em profundidade (André, 2013).

A fase exploratória é o momento de definir a unidade de análise – o caso – localizar os participantes e estabelecer mais precisamente os procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Para a coleta sistemática de dados, utilizam-se fontes variadas, instrumentos – mais ou menos – estruturados, em diferentes momentos e em situações diversificadas (André, 2013).

A fase mais formal de análise ocorre quando a coleta de dados está praticamente concluída. O primeiro passo é organizar e realizar a leitura do material coletado, para em seguida identificar os pontos relevantes e iniciar o processo de construção de categorias analíticas que compõe, estruturam e dão significado aos casos (Flick, 2009; Martucci, 2001; André, 1995).

Como característica fundamental da psicologia escolar e educacional em uma perspectiva crítica, e assim, dos estudos de caso realizados sob a perspectiva da Psicologia

Escolar Crítica, destaca-se a análise dos problemas de escolarização centrada em questões históricas, políticas, sociais, pedagógicas e institucionais, no intuito de superar um olhar reducionista e patologizante (Souza, 2010).

Pesquisas em Psicologia escolar, de abordagem qualitativa, foram organizadas e citadas em Souza (2010), no livro “Ouvindo crianças na escola: abordagens qualitativas e desafios metodológicos para a psicologia”, de modo que destacam o ponto-chave de realizar pesquisas qualitativas em psicologia escolar: a percepção da importância de compreender as pessoas a partir de suas próprias referências, processo no qual a participação das perspectivas de quem, e do que, está no entorno é também importante – enfatizando assim a relevância de levar em conta no ato da pesquisa a dimensão social na compreensão do psiquismo humano.

Produções científicas que tomam crianças como sujeitos, o que inclui Estudos de caso em psicologia escolar, não tem o objetivo de avaliá-los, mas de conhecer como elas sentem e pensam sobre temas que lhes dizem respeito, superando a crença de que crianças não são competentes para expressar-se e dando vigência ao direito da criança de ser ouvida. É a partir da análise das significações sociais que perpassam a experiência do sujeito no mundo – o que inclui as crianças – em dado contexto e momento histórico – que é possível entender suas ações e comportamentos (Sant’Ana, 2010).

2.2 Contexto do estudo

O estudo ocorreu com crianças da cidade de Parnaíba, localizada na região norte do estado do Piauí. Parnaíba possui uma população estimada de 153.482 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2021). A cidade, localizada na região da Planície Litorânea tem como potencialidades o turismo (de eventos, histórico, ecológico e radical), assim como a atividade da pesca, da produção de leite e derivados e do beneficiamento de carnaúba e ceras.

Como obras e investimentos destaca-se: Indústria de beneficiamento de vidro, Zona de Processamento de Exportação (ZPE) e o Complexo Eólico do Delta. Com relação à Educação, a cidade pertence à primeira Gerência Regional de Educação e possui, ao que aponta o censo escolar de 2020, 217 escolas, sendo 133 municipais, 25 estaduais, 58 privadas, 1 federal. Possui também 1 Escola de aplicação, localizada na Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr). As escolas municipais, que abastecem as camadas mais populares da população, são maioria na oferta dos anos iniciais do ensino fundamental, 61,3% (QEdu, 2021).

2.3 Procedimentos para apreensão dos dados do estudo e cuidados éticos

Inicialmente foi feito contato com a Secretaria Municipal de Educação da cidade de Parnaíba-PI para solicitar a autorização, por meio da carta de Autorização Institucional para a coleta de dados. Em seguida, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – Campus Petrônio Portela, em conformidade com as Resoluções N° 466/2012 e N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e com a Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, nas quais são explicitados os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada com o número do parecer: 4.077.512 (Anexo A).

Mediante o contexto atual de Pandemia da Covid-19, a realização dos Estudos de Caso da presente pesquisa ocorreu de forma virtual, por meio das ferramentas *Google Meet* e *Whatsapp*, considerando a ferramenta de maior facilidade para os entrevistados. Por intermédio de contatos prévios advindos da experiência de pesquisa durante a graduação e estágios profissionais realizados na época da graduação em Bacharelado em Psicologia na UFPI, foi iniciado o contato com os responsáveis pelos participantes da pesquisa, a fim da realização do convite e da explanação acerca da participação nos Estudos de caso.

Os demais contatos para os outros casos a serem estudados ocorreram por meio da técnica de bola de neve (*Snowball*), onde se iniciou com certo número de participantes selecionados por intermédio de previamente ter-se realizado um contato em um estudo anterior e, no fim do procedimento de coleta de dados, perguntava-se sobre a indicação de mais crianças com diagnóstico de TDAH que poderiam participar da pesquisa.

Com base no objetivo da pesquisa, os critérios de inclusão da criança como participante, baseados em pesquisas anteriores com estudos de caso em Psicologia Escolar (Patto, 1990) foram: estar matriculado no Ensino Fundamental I ou II, período que compreende a faixa etária em que há maior recorrência de diagnósticos de TDAH (Armstrong, 2019) na Rede Pública ou Privada de Ensino da cidade de Parnaíba-Piauí e ser diagnosticado com TDAH, em que os estudos de caso de crianças de cada Rede foram analisados em capítulos separados a fim de investigar se há diferenças na compreensão e no acompanhamento (clínico e educacional) a depender da estrutura da rede social em que a criança está inserida.

Foram analisados casos de crianças tanto de escolas públicas, quanto de privadas, considerando as diferenças nas redes, buscando assim incluir esse fator como uma variável que pode interferir na compreensão e no acompanhamento (clínico e educacional) dos casos de crianças com supostos problemas de aprendizagem ou de comportamento.

A leitura crítica da escolarização em uma sociedade de classes enfatiza, portanto, que o fracasso escolar sintetiza múltiplas determinações (políticas, históricas, econômicas, sociais, institucionais, pedagógicas, relacionais). Tal perspectiva, encontra na obra de Patto (1990) importante repercussão, com destaque para a defesa da substituição do conceito de problemas de aprendizagem, expressão que supõe ser o problema do aprendiz ou, quando muito, da sua família, por Problemas de Escolarização, expressão mais ampla, que possibilita considerar a complexidade das dificuldades que o aluno é porta-voz (Viégas, 2016).

Através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi explicado para a criança e para seus pais e/ou responsáveis acerca do objetivo da pesquisa e da importância de sua participação na mesma.

A partir disso, delimitados os casos a serem acompanhados, foram realizados encontros virtuais com os participantes da pesquisa, incluindo momentos com a família, momentos com as professoras das crianças, e momentos com a própria criança. Utilizaram-se diferentes procedimentos de coleta de dados: entrevistas semi-estruturadas, com os responsáveis pelas crianças e com os professores (ver anexos B e C), produção de desenhos pelas crianças (ver anexo D) e questionário sociodemográfico, respondido pelos responsáveis das crianças (ver anexo E).

Por ser realizada no contexto da Pandemia da Covid-19, a coleta de dados foi realizada de modo completamente virtual, adequando-se à realidade de distanciamento social requerido. As entrevistas semi-estruturadas com responsáveis pelas crianças, assim como com professoras das crianças e os momentos de coleta de dados com as próprias crianças foram realizados em horários agendados, em que se enviava o *link* do espaço de reunião virtual para os entrevistados.

Os momentos de entrevista foram guiados pelo roteiro de entrevista semi-estruturada em que, para os responsáveis, perguntou-se, sobretudo, acerca: de como ele descreve a criança, do que entende por TDAH, de como foi o processo para que a criança fosse diagnosticada com TDAH, sobre o tratamento que vem sendo feito após o diagnóstico da criança, como a família percebe e age diante do diagnóstico da criança e se concordam com o diagnóstico.

Nos momentos de entrevista com as professoras de cada criança, perguntou-se, dentre alguns pontos, acerca de como descreve a criança que está participando da pesquisa, de como é seu comportamento durante as aulas, de como percebe o processo de ensino-

aprendizagem dele, do que entende por TDAH e sobre como percebe a relação de práticas escolares (metodologia das aulas, projetos...) com o processo de ensino-aprendizagem.

No caso do momento de coleta com a criança, também foi realizado pelo meio virtual, em que se entrevistou a criança, com o intuito de saber através dela, como ela se via na escola e em casa. Explicou-se para a criança, de modo objetivo e com uma linguagem adequada para a compreensão dela, acerca da pesquisa, convidando-a a participar. Após seu aceite, na presença do responsável por ela, explicava-se sobre a dinâmica a ser utilizada.

A pesquisadora, previamente, solicitou que nesse encontro a criança estivesse com uma folha de papel, com lápis de escrever e com lápis de cor. Pediu-se para a criança fazer um desenho dela em casa, e contasse sobre seu desenho, ao que se pedia depois para que ela fizesse um desenho dela na escola, também relatando sobre o que estava acontecendo em seu desenho. Na medida em que a criança trazia informações sobre seus desenhos, a pesquisadora perguntava mais curiosidades com relação ao desenho e, assim, com relação a sua vida, tanto familiar, quanto na escola. Dessa maneira, adequando-se ao modo de linguagem predominante na infância, a linguagem lúdica (Aguiar, 2014), foram realizados os encontros com cada uma das crianças dos casos estudados.

Sato e Souza (2001) trazem que o trabalho de investigação acaba quando se consegue esboçar esquemas interpretativos e testá-los, transformando acontecimentos em fatos, através do processo interpretativo, sendo esses fatos os acontecimentos significativos que possibilitam a compreensão da realidade estudada.

2.4 Procedimentos analíticos do estudo

Os dados coletados foram analisados por meio das estratégias de codificação e categorização, em que a atividade é buscar partes relevantes dos dados e analisá-los,

comparando com os demais dados. Por meio desse processo de análise, é construída uma estrutura de dados, que se constitui um intermédio para uma visão abrangente do campo e dos dados (Flick, 2009; Martucci, 2001). Os dados foram analisados e os Estudos de caso foram construídos a partir da perspectiva da Psicologia Escolar Crítica (Souza, 2010; Tanamachi & Meira, 2003; Patto, 1990).

André (2013) aponta que a categorização por si só não esgota a análise e que é preciso que o pesquisador vá além, ultrapassando a mera descrição, buscando acrescentar algo ao que já se conhece sobre o assunto, utilizando por intermédio fundamentos teóricos do estudo e pesquisas correlacionadas, a fim de estabelecer relações que lhe permitam apontar as descobertas do estudo.

Dessa forma, os capítulos que seguem são compostos por estudos de caso em psicologia escolar que foram realizados com crianças da cidade de Parnaíba que possuem diagnóstico de TDAH. No capítulo 3 foram analisadas as repercussões do diagnóstico de TDAH na vida de duas crianças de escolas públicas, enquanto o capítulo 4 é formado pela composição e análise de dois estudos de caso com crianças matriculadas em escolas da rede privada que possuem diagnóstico de TDAH, conforme esquematizado pela figura 1.

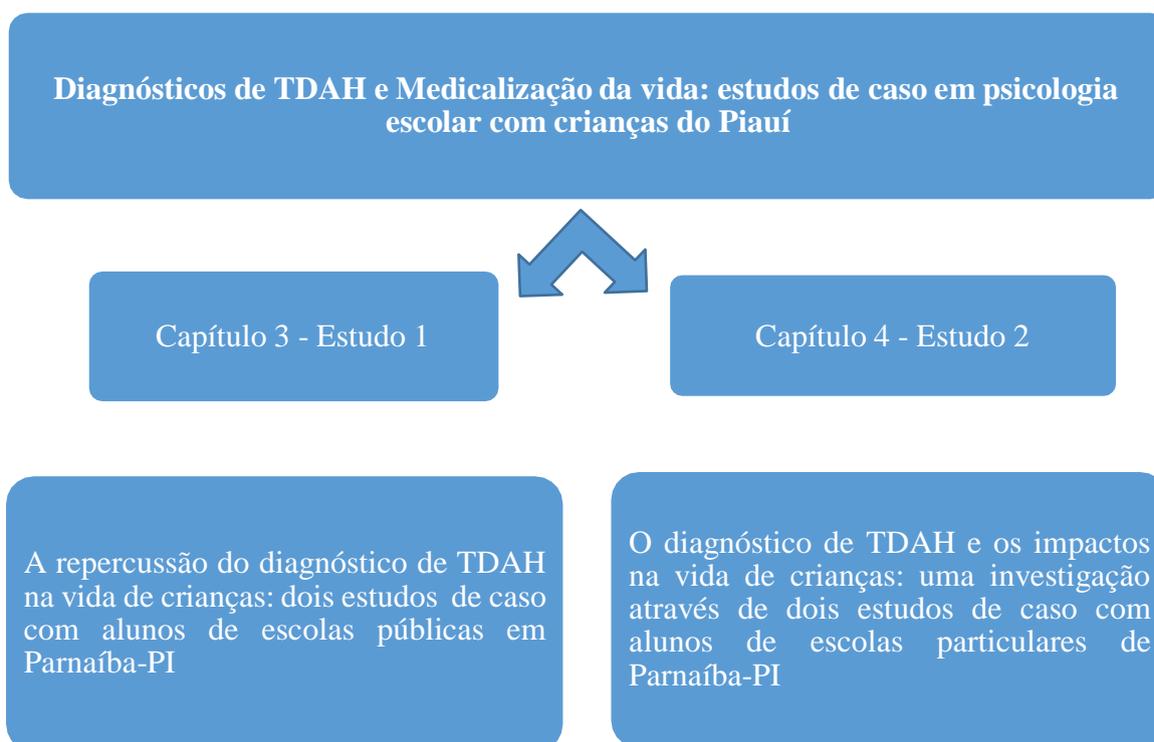


Figura 1. Diagrama dos estudos que compõem a pesquisa.

Na presente pesquisa, esse percurso metodológico de divisão de Estudos, nos quais foram realizados estudos de caso em psicologia escolar tanto com crianças de escolas públicas como de escolas privadas de Parnaíba objetiva considerar as características de cada realidade educacional na análise dos casos assim como investigar de que modo esses fatores se apresentam na composição da cada caso e no percurso de compreensão e de alusão do fato TDAH no meio social e escolar, partindo do pressuposto de que se compreende a importância da consideração das especificidades histórico-culturais na abordagem de estudos de caso em psicologia escolar.

3. Estudo 1 - A repercussão do diagnóstico de TDAH na vida de crianças: dois estudos de caso com alunos de escolas públicas em Parnaíba-PI¹

Introdução

Os diagnósticos podem repercutir de modos diversos na vida das pessoas, como no que diz respeito ao aspecto das bioidentidades advindas dos biodiagnósticos, nos quais a pessoa passa a ter a categoria na qual está diagnosticada como algo que não apenas a caracteriza, como também a define, a identifica (Ortega, 2003).

No que diz respeito à rotulação da infância, Untoiglich (2013), afirma que a subjetividade da criança diagnosticada com algum transtorno pode se fixar nesse diagnóstico/rótulo como uma espécie de identificação coagulante, assim como pais e docentes também começariam a esperar que a criança se comportasse de determinada maneira, seguindo o que é esperado no desenvolvimento do transtorno encontrado (deslocando o olhar do desenvolvimento daquela criança particular em direção ao que se espera dela a partir do transtorno que ela tem) e, por conseguinte, os argumentos se encerrariam em si mesmos: “faz isso porque é um TDAH”.

Ortega (2003) aborda a questão das *bioidentidades*, ou seja, os biodiagnósticos atuando na constituição de novas identidades. Conforme Caliman (2013) o efeito identitário dos biodiagnósticos manifesta-se, por exemplo, em estilos de apresentações pessoais que ganham força: “sou Paulo e tenho TDAH”; “sou Ana e tenho Dislexia”. Essa faceta dos diagnósticos gera ainda consequências como a utilização deles – uma vez compreendidos então como principal característica do indivíduo – para a explicação de comportamentos, sobretudo comportamentos que fogem ao esperado: “Paulo faz isso porque é um TDAH”.

¹ O artigo está seguindo normas da Revista *Psicologia Escolar e Educacional* (ABRAPEE).

No que se refere ao tratamento de crianças com TDAH, Sousa et al. (2020) apontam que visa à reorganização dos seus comportamentos, com a finalidade de viabilizar atitudes funcionais no meio familiar, escolar e social. O tratamento enfatiza a modificação do comportamento e o ajustamento acadêmico, pautando-se sobretudo no atendimento psicoterápico, na psicoeducação, na orientação escolar e na terapia farmacológica.

Dessa forma, é um acompanhamento que ocorre através da rede na qual a criança está inserida, incluindo a participação dos médicos e especialistas da saúde (como neuropediatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais) como também dos atores e atrizes escolares que acompanham a criança na escola. É um acompanhamento que conta assim com um gama de profissionais envolvidos no tratamento para a criança com TDAH.

Diante dessa realidade do acompanhamento das crianças diagnosticadas com TDAH na atualidade, e compreendendo a diversidade de fatores que perpassam essa rede envolvida no acompanhamento, percebeu-se a relevância de verificar como ocorre o acompanhamento das crianças com TDAH matriculadas na Rede Pública de Educação.

A Rede Pública de Educação, conforme estudo realizado por Siqueira e Nogueira (2017) é percebida, quando comparada à Rede Privada, como inferior no que diz respeito aos resultados escolares, infraestrutura e organização. Estudo realizado por Ramos (2018) aborda acerca da qualidade de ensino das escolas públicas e sua relação com os investimentos em educação, os quais são dependentes de melhores índices das escolas nos exames de avaliação de desempenho dos alunos.

Por falta de investimentos públicos, há repercussões nos índices de desempenho dos alunos das escolas públicas, sendo assim um ciclo que se retroalimenta, pois não são realizados mais investimentos por conta dos baixos índices de qualidade e desempenho dos alunos nos exames de avaliação em larga escala da educação básica no Brasil. Verifica-se o

quanto a política educacional está subordinada às avaliações de larga escala e observa-se a possível inviabilidade de mudanças significativas desse quadro face ao regime fiscal instituído (Ramos, 2018).

Enfatiza-se também que os alunos matriculados nas escolas da rede pública de ensino são no geral de famílias de camadas populares da população e que também dependem diretamente de outros serviços públicos (Siqueira & Nogueira, 2017). Assim, necessitam do poder público para a realização de consultas, exames e tratamentos – como no caso para o TDAH, que conta com a prescrição de terapias (como psicoterapia e terapia ocupacional) e de psicofármacos.

Diante dessa realidade, o presente capítulo busca responder aos objetivos de: verificar, através de estudos de caso, de que modo o diagnóstico de TDAH repercute na vida de crianças de escolas da Rede Pública de Ensino de Parnaíba-PI, compreender de que modo os familiares da criança diagnosticada com TDAH percebem a criança e o transtorno e apreender a percepção e as práticas escolares da comunidade escolar frente aos casos das crianças diagnosticadas com TDAH.

Método

O estudo segue o delineamento de pesquisa qualitativa, descritiva e ocorreu através de Estudos de Caso em psicologia Escolar. Os casos analisados são de duas crianças matriculadas na Rede Pública de Educação da cidade de Parnaíba-PI e que são diagnosticadas com TDAH: Mateus e Rafael. Para a composição dos casos, foram realizadas entrevistas de modo virtual (em virtude da Pandemia da Covid-19) com professoras, familiares e com as próprias crianças participantes da pesquisa. Utilizaram-se diferentes procedimentos de coleta de dados: entrevistas semiestruturadas, com os responsáveis pelas crianças e com os

professores, produção de desenhos pelas crianças e questionário sociodemográfico Os casos foram analisados a partir da perspectiva da Psicologia Escolar Crítica.

Resultados e Discussão

Caso I – Mateus

Mateus tem 7 anos de idade, mora com a mãe, que é assistente social, com a avó, dona de casa, e com o irmão gêmeo, Marcos. Não mora com o pai, pois os pais são divorciados.

Mateus estudou em uma escola particular da cidade de Parnaíba até o início do segundo ano do ensino fundamental I, quando, no primeiro semestre de 2020, por ocasião da Pandemia e das aulas estarem sendo transmitidas de forma remota, sua família decidiu lhe matricular em uma escola pública da cidade.

Nas aulas remotas, Mateus tem dificuldade para acompanhar, não presta atenção e se interessa pouco pelo que está acontecendo na aula, por conta disso, sua família optou por matriculá-lo em uma escola pública, para minimizar os gastos financeiros, até as aulas presenciais poderem retornar.

Mateus foi diagnosticado com TDAH aos 6 anos de idade. A família começou a perceber que ele era muito agitado e que quando era contrariado ficava muito irritado, afrontando aos adultos. A avó, Ana, relata como foi o processo diagnóstico:

“Quando a gente percebeu ele tinha cinco ou seis anos, aí a mãe dele resolveu levar ele [ao médico], aí a gente acompanhou, a gente pensava que a separação dos pais tinha influenciado nessa revolta (a ausência de pai, essas coisas...) aí a gente começou o acompanhamento psicológico, aí a psicóloga achou melhor levar [ao médico], porque a gente percebeu que ele estava piorando, ele não estava melhorando, piorando nessa questão da agitação dele, da ansiedade dele, aí foi quando a mãe dele levou. Aí lá quando a neuro fez os testes – que ela faz

os testes, na hora que entra ela já faz lá vários testes – aí foi o Mateus e o Marcos, aí ela já disse ‘olha, o Marcos, não tem problema nenhum, se tiver problema é só de comportamento, de disciplina essas coisas, mas o Mateus tem’. Ela faz lá os testes de reflexo, eu acho que é como se fosse um reflexo, aí ela percebeu, e já pediu para a mãe dele fazer vários exames com ele, no cardiologista, pra poder ela prescrever essa medicação que vai ajudar ele na questão de conter a ansiedade.”

A família percebeu algo de diferente no comportamento de Mateus, e observou que poderia ter relação com o momento e o contexto que a criança estava passando, como a separação dos pais. Como Mateus piorava, a psicóloga recomendou consultá-lo com a neuropediatra. Essa, logo prestou o serviço de realizar testes, identificar o problema, no caso, o TDAH, e tomar as medidas necessárias para o tratamento dos sintomas, indicando a realização de exames com o cardiologista para saber se era seguro passar a medicação para Mateus, a depender de uma condição de saúde favorável para o tratamento com psicofármaco.

No processo diagnóstico de Mateus, tal como relatado pela sua avó na entrevista realizada, é possível perceber a influência do fenômeno da medicalização, ao qual se apresenta como fundo no qual se apresentam as providências tomadas diante do modo como Mateus se apresentava (agitado, e irritado quando era contrariado).

A perspectiva medicalizante se demonstra quando as contrariedades sócio-históricas não foram investigadas a fundo. Mas, os sintomas, reflexos e condição de saúde foram investigados. Logo, encontrou-se o nome do transtorno o qual engloba o comportamento que estava sendo apresentado por Mateus no meio social e no momento em que estava vivendo, após isso, as demais providências médicas foram tomadas (continuação do acompanhamento com especialistas e tratamento com o psicofármaco Ritalina).

No consultório, a análise dos sintomas observados e relatados apontou para o diagnóstico de TDAH. Mas, para além do TDAH e do consultório, quem é Mateus? Como ele é nos contextos de sua vida, sobretudo em casa e na escola?

Ana relata:

“O Mateus é uma criança muito inteligente, muito sensível, porém, devido ao problema que foi diagnosticado, ele é uma criança inquieta, tanto que quando a gente procurou levar ao médico, à neuro, é porque a gente percebeu que o Mateus é muito inquieto, é muito ansioso [...] ele não fica quieto, ele não consegue ficar quieto, pode ser o melhor desenho, a melhor brincadeira, a melhor comida, o tempo dele é muito curto. Aqui em casa ele vive correndo, vive pulando, pouco ele caminha, mais ele pula. Ele pula da cama pra janela, da janela pro sofá. Aí a gente foi percebendo que não era normal, apesar dele ser inteligente []ele é muito dócil, quando a gente consegue tranquilizar ele, ele é um menino dócil, mas se você afrontar ele, bater de frente com ele, ele fica agressivo, e afronta mesmo, ele já afrontou o pai, já me afrontou, mãe dele [não]é porque a mãe dele é muito rigorosa com ele.”

No relato da professora Paula, que deu aula para Mateus no 2º ano, antes do início da Pandemia, época na qual ele ainda estava matriculado na escola particular:

“É uma criança muito inteligente, muito esperto, muito comunicativo, educado, fala com todo mundo, com os profissionais sempre me respeitou muito.”

A avó, Ana, acrescenta:

“Ele pesquisa, ele gosta de assistir documentário, pra idade que ele tem, que é sete anos, mas tudo que você perguntar, ele sabe, porque ele pesquisa [] Quando ele tá fazendo algo que ele gosta, ele se concentra, inclusive a mãe dele está investindo muito nisso que ele gosta, por exemplo, ele gosta muito de desenhar, então ela compra muito papel, lápis, tinta, pra investir no que ele gosta de fazer, e ele se concentra, e quando ele se concentra pra fazer o que ele gosta, ele vai fazer com perfeição. Então a gente tá descobrindo que uma das coisas que ele

gosta de fazer é desenhar, então a gente deixa ele muito quieto, dá lápis, e ele fica. É um dos momentos mais tranquilos, é quando ele tá fazendo isso, que ele gosta de fazer, que é desenhar.”

Através dos relatos, é possível observar tanto os indicativos característicos do diagnóstico de TDAH (inquietação, falta de atenção e hiperatividade), mas também uma outra face de Mateus, que ainda não havia sido trazida, quando se descrevia sobre o processo diagnóstico. Mateus: inteligente, dócil, esperto, educado, comunicativo... Mas ansioso e inquieto!

Ansioso quando? Inquieto aonde?

Essas características parecem ter um peso maior que as demais, talvez por serem negativas e por trazerem prejuízos, tanto para a vida cotidiana e o bem-estar de Mateus e da família, assim como no ambiente escolar. Foge da normalidade e por conta disso foram procurados especialistas, para saber *qual o problema de Mateus*, e assim poder tratá-lo.

Contudo, essas características parecem ser minimizadas quando ele está fazendo algo que gosta, como desenhando ou fazendo pesquisas de temas que ele tem curiosidade, aprendendo inclusive respostas sobre as dúvidas quanto a esses temas. De acordo com Dalgalarro (2008) a capacidade de atenção flutua em função de fatores extrínsecos (valor dos estímulos), fatores intrínsecos (como estado afetivo e grau de motivação) e fatores estruturais (como velocidade de processamento e capacidade de memória).

O autor aponta também que há o consenso de que os aspectos motivacionais e afetivos da atenção, mobilizados em áreas límbicas, devam interagir com os aspectos de seleção e hierarquização da atividade consciente, elaborados em áreas pré-frontais e parietais, produzindo a atividade atencional. Logo, a atenção não ocorre em um vácuo, mas em contexto e em relação a algo, sendo influenciada pelo valor dos estímulos (como brincadeiras de desenho ou as aulas), grau de motivação, assim como o estado afetivo. Contudo, o olhar a partir da

perspectiva organicista e medicalizante conduz a perceber apenas o problema (como, por exemplo, “não está prestando atenção nas aulas”), denominá-lo e tratá-lo – no indivíduo que o manifesta.

A influência da medicalização se demonstra não apenas na sequência de encaminhamentos, tendo em vista possibilitar um *suporte médico* para um *problema de saúde* de um *indivíduo*, mas também na própria compreensão da sociedade – e assim, da família e da escola acerca do TDAH:

“O que eu entendo pelo TDAH é que todo ser humano é um ser humano, com suas limitações, e há pessoas que têm limitações e limitações. Há pessoas que têm mais capacidade de tolerância diante das situações e tem outras que não. O TDAH na criança... eu falo muito aqui em casa, que antigamente a metodologia de resolver qualquer situação era na taca, o pai batia, se o menino tava danado era taca no menino, se o menino tava com preguiça era taca no menino. Hoje em dia não, a gente entende que são comportamentos, psíquicos ou afetivos, que precisam ser acompanhados, tratados, nessa linha hoje de estudo de comportamento, mas antigamente não era [...] Hoje a gente entende que são comportamentos que precisam ser apreciados, cuidados, tratados. Então, o TDAH, digamos que seja uma situação, um comportamento na criança que precisa ser acompanhado com muito carinho, vendo o lado da criança e tentando conciliar esse conflito que a criança tem.” (Ana)

No contexto escolar, quando perguntada sobre o que entende por TDAH, a professora Paula aponta:

“Confesso que inicialmente não sabia muitas coisas, fui fazendo umas pesquisas para poder entender, nesse caso do caso dele. Vejo que precisa ter algo mais atrativo, imagens, vídeos, para atrair a atenção dele. Ele é muito disperso então se eu não chamar a atenção dele pra aquilo, ele ia conversar, ia procurar outra coisa que atraísse mais a ele.”

Atrair a atenção dele! É necessário observar então, que no ato da atenção há variáveis. Não apenas o polo que presta atenção, mas também o polo que atrai a atenção, como um ímã. Mateus é atraído por desenhos, por documentários, por pesquisas. Mas não está sendo atraído pelas atividades da aula. Como prestar atenção em algo que não é atrativo?

De acordo com Angelucci (2013) um olhar crítico diante do fenômeno da medicalização não corresponde a aderir a um relativismo científico e moral em afirmar que não existiriam doenças, mas sim em considerar que os sofrimentos individuais também se constroem a partir das relações, das condições de vida. Eidt (2004) aponta que o TDAH é presente como justificativa corrente para o fracasso escolar de parte das crianças, atribuindo-se a elas a responsabilidade por não aprender – e isentando de análise o contexto escolar e social em que estão inseridas.

Nessa perspectiva, em que contexto e em que momento os sintomas de Mateus estão se manifestando? As características biológicas/orgânicas/genéticas de Mateus são as mesmas em todos os contextos que ele participa. Mateus é o mesmo. Mas os contextos é que são diferentes. Mas então, porque o foco do tratamento é o Mateus?

A concepção do desenvolvimento como amadurecimento orgânico, entendido como algo que se dá independentemente do contexto, do meio social e das relações em que a criança está inserida, que compõe a concepção organicista dominante de compreender o fato TDAH, opõe-se radicalmente à concepção de desenvolvimento e aprendizagem na abordagem da psicologia histórico-cultural. Nesta última, as funções psicológicas superiores, das quais fazem parte a atenção e o controle voluntário do comportamento, não são meros processos endógenos, mas dependem fundamentalmente da apropriação dos signos da cultura, possibilitada pela constante mediação de outras pessoas (Eidt & Tuleski, 2010).

Contudo, pode-se perceber, na atualidade, uma ampliação da perspectiva individualista e diagnóstica, o que corrobora para que haja o deslocamento para os sujeitos da compreensão de produções sociais, como os processos de ensino-aprendizagem. No caso da medicalização da educação, que perpassa o processo de compreensão e diagnóstico de crianças em idade escolar e que manifestam sintomas na escola, ocorre o processo de explicação das problemáticas pela produção de “doenças” que explicam as dificuldades de aprendizagem (Tuleski, Franco, & Mendonça, 2021; Oliveira, 2013).

No contexto escolar, a medicalização contribui com o pensamento de que os alunos são os principais responsáveis pelo seu fracasso escolar, pois, segundo tal perspectiva, quando há o fracasso, os culpados são eles – pois carregam algum tipo de distúrbio ou problema que atrapalha o processo de aprendizagem. Logo são então observadas crescentes queixas de adoecimento, nas quais se percebe o julgamento patologizante e reducionista em relação às dificuldades no processo de ensino-aprendizagem (Collares & Moysés, 2015).

Tentou-se contato com a professora que deu aula para Mateus no 2º ano do ensino fundamental no segundo semestre do ano de 2020, na escola pública, na qual ele estava matriculado quando participou da pesquisa. Mateus participou da pesquisa na época de férias, época em que não estava tendo contato com a escola e avó comunicou que havia perdido o contato da professora.

No contexto de Pandemia, as aulas nas escolas públicas no estado do Piauí ocorrem de modo assíncrono. Na realidade de Mateus, as aulas aconteciam através do aplicativo *Whatsapp*, em que a professora mandava os áudios com explicações e com as páginas que eram para ser estudadas e a família o ajudava fazendo o acompanhamento em casa. Dessa forma, não havia um contato de Mateus não apenas com a Escola, como também com a professora e os demais alunos. Esse contexto não poderia ser levado em consideração para analisar o comportamento de Mateus em não prestar atenção às aulas? As aulas convocavam sua atenção?

Com os limites de distanciamento social requeridos pela realidade pandêmica e por conta da família de Mateus não ter o contato da professora de Mateus durante o período na escola pública, não foi possível fazer o deslocamento em busca da professora que o acompanhou nas aulas online no segundo semestre de 2020.

No que diz respeito à escola, no dia em que ocorreu o encontro com Mateus, foi explicado sobre a pesquisa e foi pedido a Mateus que desenhasse e contasse a história de um desenho com o tema “Mateus na escola”, em que ele trouxe a história, referente ao desenho:

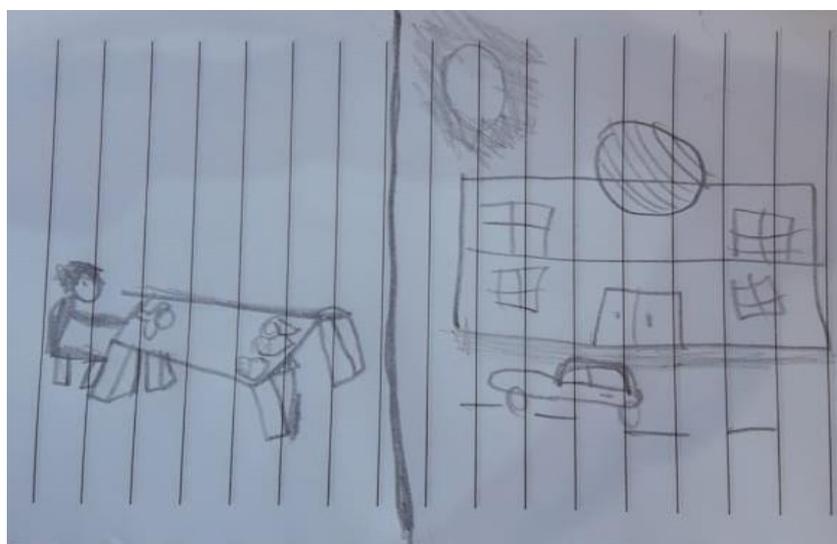


Figura 2: Mateus em casa (à esquerda) e Mateus na escola (à direita).

“Eu saí de casa, fui lá na minha escola, mamãe foi lá me deixar, aí eu fui fazer minhas aulas, depois que eu fiz minhas aulas a mamãe foi me buscar, e só.”

“E você quer dizer mais alguma coisa da sua escola, falar de algum amigo, de alguma professora?”

“Não... eu não pensei assim, eu só desenhei.”

Enquanto realizava o desenho, eu o aguardava. Pedi que de um lado da folha ele fizesse um desenho dele na escola (lado direito da figura acima) e do outro lado ele fizesse um

desenho com o tema “Mateus em casa” (lado esquerdo da figura), em que ele trouxe como história:

“É assim: quando chegou o meu brinquedo que era tipo como se fosse um bonequinho que ele tinha um gatilhozinho pra atirar, aí eu tinha umas garraginhas que eu tinha que mirar e tá atirando, aí depois que chegou, o Marcos encomendou o dele e a gente começou a brincar.”

“Como foi essa brincadeira?”

“Foi pra quem acertasse os alvos, que tinha os ‘adesivinhos’ que a gente colocava em cada um, e quem acertasse todos os que tinha mais pontos, então todos venciam.”

“E quem foi que venceu?”

“Deu empate.”

“E realmente aconteceu ou você que está agora criando essa historinha?”

“Não, isso aconteceu mesmo.”

“E você ainda tem esse brinquedo?”

“Tá guardado.”

“Você não gosta mais dele?”

“É porque o do Marcos, ele ficou tentando atirar tão rápido que o dele quebrou, aí não deu mais pra brincar, porque não deu pra competir, aí eu botei ali no quarto pra enfeitar a minha mochila.”

Na escola, Mateus vai, “faz as aulas” e depois a mãe vai buscá-lo.

Em casa, Mateus brincou em uma competição com o irmão, a qual deu empate, mas depois não puderam mais brincar, pois o irmão apertou o seu brinquedo tão rápido que quebrou. Como solução, já que então não poderiam mais competir, Mateus está utilizando seu brinquedo para enfeitar a mochila.

Ele vai para as escolas para as aulas. É um lugar, com uma função, e ele vai para exercer sua função de aluno. Em casa, há espontaneidade, diversão e também resolução de problemas. Diante de um problema prático, brinquedo quebrado do irmão, ele achou uma solução para poder continuar usando seu brinquedo: colocá-lo na mochila para enfeitar.

Como é o comportamento de Mateus na escola?

“Durante as aulas, fazia as tarefas, mas precisava ficar chamando a atenção dele porque ele se dispersava e conversava com os colegas. Mas ao ser chamado a atenção logo ele voltava e fazia a tarefa. No recreio, eles gostavam de jogar futebol, brincar de pega-pega, e as vezes sem querer o colega empurrava ele, e ele assim automaticamente já reagia. Teve uma vez que ele acabou brigando porque um tinha empurrado ele, e aí ele acabou empurrando. Ele não era agressivo, ele era ação-reação. Sempre foi uma relação boa com os professores, não tive dificuldade. Com os colegas também, gostava muito de brincar, conversar, as vezes tinha dificuldade com essas briguinhas, mas logo voltava. Ele é uma criança muito boa, muito educada, então nunca teve nenhum problema. Ele é muito inteligente, mesmo um pouco disperso, conversando, as vezes precisava explicar mais de uma vez, mais tinha vez que ele pegava logo, fazia a tarefinha direito [...] Vejo que precisa ter algo mais atrativo, imagens, vídeos, para atrair a atenção dele. Ele é muito disperso então se eu não chamar a atenção dele pra aquilo, ele ia conversar, ia procurar outra coisa que atraísse mais a ele.” (Paula).

Na fala de Paula, é possível perceber a influência do meio sobre o comportamento de Mateus, onde a professora relata que não o nota agressivo, mas com um comportamento de “ação-reação”, logo, algo acontece – no contexto – e ele – indivíduo – reage. Contudo, observam-se intervenções providenciadas de modo hábil em apenas um polo: o da reação. E no polo da ação, que é composto por aquilo que ocorre no contexto da vida de Mateus, como, por exemplo, o momento das aulas? Não é preciso chamar sua atenção para que ele se concentre nos seus desenhos, nas suas pesquisas de documentários ou na brincadeira de competição com

o irmão ou os colegas da escola, mas é preciso chamar atenção para que ele preste atenção nas aulas. Conforme relatado pela avó:

“Quando ele está desatento, tipo na escola, tentar trazer algo prazeroso pra que ele volte para aquela atividade. Tudo tem que ser visto de uma forma muito especial, conforme tudo que a gente já passou pelo Mateus, e as orientações que a gente tem recebido da neuro que o acompanha. Na escola, já que ele tem essa deficiência na atenção, ele tem que ser colocado bem na frente, pra que nada disperse a atenção dele. E pra quando ele está muito agitado, muito estressado, a gente tenta colocar pra ele uma atividade que dê prazer a ele, sem fugir do aprendizado dele, uma atividade de relaxamento que ele melhore, mas que seja também de aprendizado, e a gente tá tentando seguir todas essas orientações da neuro. Depois que a gente descobriu, porque a gente não tava conseguindo lidar, e aí a gente procurou um médico. Hoje ele faz a terapia, com a psicóloga, ele faz terapia com a terapeuta ocupacional, ele faz judô e ele faz equoterapia. Então assim, a gente tá tentando todas as formas pra ajudar o Mateus a administrar esses comportamentos dele, que muitas vezes foge ao controle dele, foge, porque quando ele tá muito estressado ele tem que externar aquele conflito interior.”

Mateus está imerso em uma sociedade perpassada pelo olhar individualizante e medicalizante, em que se algo está fugindo do esperado no seu desenvolvimento, deve-se buscar um médico, para que se descubra o que a que criança tem. São então prescritos medicamentos e terapias, para acalmar a criança, fazer com que os sintomas sejam minimizados. Buscam-se modificações na criança, no polo da reação, mas, e o contexto que produz essas reações? Adapta-se a criança.

Mas, como esse processo é percebido por Mateus? De que modo o diagnóstico de TDAH interfere na vida dele?

“Quando ele tá mal-educado, mal-comportado, ele diz: ‘é por causa do TDAH’, aí com isso a gente também tá lidando com outra situação porque a gente tem que fazer ele entender que ele

não pode fazer tudo o que ele quer só porque tem TDAH. A gente já percebeu que em algumas situações ele se prevalece porque pensa que porque é TDAH ele pode fazer. Aí nós estamos tentando administrar mais essa outra situação, que ele não pode fazer tudo o que ele quer, que ele não pode se prevalecer disso, que é só uma ansiedade, que ele vai tomar medicamento e vai ficar bem calminho [...] ele simplesmente percebeu e diz que 'sou TDAH e por isso posso fazer isso' e aí a gente tá mais nessa situação, porque geralmente, não é bom que a criança saiba, mas ele simplesmente descobriu. Porque a gente tá lidando mais com essa outra situação, dele fazer as coisas se prevalecendo, aí a gente tá lidando ainda mais com essa coisa, de que ele não pode fazer tudo só porque ele tem um transtorno de atenção e hiperatividade, então a gente diz que 'isso não tem nada a ver com o que você tá fazendo, você tá sendo mesmo é desobediente e mal-educado'." (Ana)

Untoiglich (2013) fala acerca da rotulação da infância e afirma que a subjetividade da criança diagnosticada com algum transtorno pode se fixar nesse diagnóstico/rótulo como uma espécie de identificação coagulante, assim como pais e docentes também começariam a esperar que a criança se comportasse de determinada maneira, seguindo o que é esperado no desenvolvimento do transtorno encontrado. Isso é observado no caso de Mateus, em que o diagnóstico de TDAH, reconhecido por ele, já delimita sua identidade, quem ele é e o que é esperado de comportamento para ele. A avó percebe que Mateus utiliza o diagnóstico como explicação para suas atitudes, generalizando e utilizando o TDAH como explicação para diversas situações em sua vida.

E onde estão as outras características de Mateus, discorridas no início do estudo? Estariam elas sendo encobertas pelo rótulo do TDAH?

Caso II – Rafael

Rafael tem 7 anos de idade, mora com a avó, Neuza, que é pescadora, com o avô, Carlos, que é pedreiro e com a mãe, Luciana. Ele e a mãe passaram a morar na casa de seus avós quando o casamento de sua mãe chegou ao fim. Rafael estuda em uma escola pública da cidade de Parnaíba.

Ele foi diagnosticado com TDAH aos 6 anos de idade. A avó descreve o processo diagnóstico:

“Foi a partir do momento que eu levei ele na psicóloga aqui do posto do bairro, aí ela quis dizer que eu mesma resolvia, tipo, educando ele mais aqui em casa, resolvia eu mesma, só que eu falei pra ela que eu fazia de tudo, que eu castigava, que eu fazia as coisas que era pra fazer. Aí depois eu resolvi levar ele em um neurologista, e ele disse o que eu praticamente já sabia, que ele é hiperativo. O doutor me indicou que eu procurasse terapia ocupacional pra ele, mas eu procurei pelo SUS e não consegui, aí através do projeto onde ele é assistido, o diretor de lá indicou a psicóloga que ele estava, ela fez umas 15 sessões, aí eu resolvi não levá-lo mais por questão financeira também.”

Mas, o que fez a avó perceber a necessidade de consultar Rafael? Quem é o Rafael?

“Ele é uma criança muito independente, toda a vida ele foi, desde bebezinho, já segurava a mamadeira só, com 3, com 4 meses, a gente dava a mamadeira pra ele e ele já segurava, ele cresceu assim totalmente independente, ele não gosta que a gente vista ele. Outra coisa, ele é muito inteligente, eu noto isso nele, é muito muito mesmo, se você ver, quando você tiver a oportunidade de conversar com ele, você pode confirmar isso. Mas em meio à inteligência dele, eu acho ele muito... uma criança gaiata, que gosta de se mostrar. E tipo o pai dele levou ele pra um lazer e chegando lá ele começou a dançar para as pessoas ficarem elogiando e aplaudindo. Ele tem esse lado que eu não gosto [...]O que o Rafael gosta mais de fazer é assistir vídeo no Youtube. Nossa, se eu deixar, ele passa o dia inteiro e entra na noite, só que não, eu não deixo ele passar o dia inteiro, ele tem as horinhas, como eu já falei, mas o que ele gosta

mesmo é disso, mas eu sempre tô tirando ele, eu levo ele lá pra fora, aí a gente brinca de bola, a gente brinca de esconde-esconde, ou a gente vai brinca de desenhar, ele vai adivinhar qual é o meu desenho e eu adivinho qual é o dele. Também brinco de cosquinha, ele adora [...] O que ele não gosta de fazer são os afazeres domésticos. Que eu coloco ele pra encher as garrafas da geladeira, pra lavar alguma coisinha quando ele toma um suco, o próprio copo, ele tem muita preguiça. Arrumar a caminha dele...” (Neuza).

Rafael é uma criança inteligente, independente, que gosta de mexer em eletrônicos, sendo capaz de passar o dia inteiro nessa mesma atividade que ele gosta. Contudo, nas palavras da avó, Rafael também é uma criança “gaiata, que gosta de se mostrar”. Diante disso, é importante refletir: em que contextos? Para que?

Rafael foi diagnosticado com TDAH, diagnóstico que já perpassava a ideia da avó, de que ele tem algum problema, pois apresenta o comportamento de impulsividade. Como as recomendações da enfermeira do posto de saúde, de que mudanças na forma de criá-lo poderiam surtir efeitos, não obtiveram resultados, Rafael foi consultado pelo neurologista. Seu comportamento encaixou-se nos sintomas de TDAH. Ele foi diagnosticado e encaminhado para o tratamento com especialistas da saúde, a fim de serem realizadas intervenções em Rafael. Não foram conseguidas as terapias pelo SUS, e a família começou a pagar um tratamento com psicólogo, mas teve que interromper devido a condição financeira.

Com relação a esse processo diagnóstico, Moysés e Collares (2011) apontam para os critérios diagnósticos vagos e imprecisos e que esse processo nasce sob o discurso da objetividade para avaliar o comportamento e a aprendizagem, não avaliando outras variáveis como, por exemplo, o ensino. É feito com base nos sintomas relatados e devidamente interpretados por um especialista, não há exame que dê o diagnóstico.

No que se refere ao tratamento de crianças com TDAH, o mesmo visa à reorganização dos seus comportamentos, com a finalidade de viabilizar atitudes funcionais no

meio familiar, escolar e social. Neuza não conseguiu o acompanhamento para Rafael pelo SUS, tendo que buscar o tratamento pela via particular, com profissionais de clínicas privadas, mas já estava sem condição de pagar e atualmente Rafael não está sendo acompanhado por profissionais da saúde.

Mas, uma vez que os comportamentos se manifestam em determinados contextos, é importante investigar como o comportamento de Rafael se manifestam nos contextos que perpassam seu cotidiano.

Como ele é na escola?

Na entrevista com Rafael, por chamada de vídeo, ele mesmo atendeu a ligação e logo disse “Oi doutora!”. Sua avó também estava presente. Me apresentei e expliquei quem eu era, convidando-o a participar da pesquisa, explicando que está sendo feita com crianças que tem o diagnóstico de TDAH, através de desenhos, perguntando-o se ele aceitaria participar, em que ele disse que sim. Expliquei sobre o desenho que ele faria em cada lado da folha e ele logo teve a ideia de usar uma régua para dividi-la. Apresentou-me também o seu caderno de desenhos e me mostrou alguns desenhos que ele fazia, me parecendo bastante orgulhoso e empolgado ao mostrar suas obras.

Quando ele terminou de apresentar seus desenhos, pedi que ele fizesse de um lado da folha um desenho com o tema “Rafael na escola”, e que contasse uma história sobre o que está acontecendo nele. Assim como, em seguida, um desenho com o tema “Rafael em casa” e relatasse algo sobre o desenho. A seguir, os desenhos feitos por Rafael:



Figura 3: Rafael em casa (à esquerda) e Rafael na escola (à direita).

Sobre Rafael na escola: *“Eu chegando, entro, vou pra fila, espero, entro, pego caderno, vou escrevendo, vou pro recreio, brinco com meus amigos, desenhei até a Bruna [uma amiga]”*

Disse que gosta de matemática, português, ciências. Que um dia a sala vai lotada, mas outras nem tanto. Que preferia aula presencial do que online. E que lá brincava no recreio e também brigava [sua avó disse que ele apanhava nas brigas].

Assim como no desenho do caso de Mateus, é desenhada a fachada da escola. Lá dentro, ele entra, vai pra fila, espera, entra, pega o caderno e escreve. No caso de Mateus, ele relatou que entra na escola, “faz as aulas”, e a mãe vai buscá-lo. Rafael sente falta das aulas presenciais e das brincadeiras do recreio. Onde estão os professores? É prazeroso ir à aula? A escola se resume em escrever e assistir aulas?

Fez-se contato com a professora de Rafael, Juliana, em que ao ser perguntada sobre como ela descrevia o Rafael assim como seu comportamento na escola, ela respondeu que não poderia responder a essas perguntas pois não teve contato com ele pessoalmente, devido a

Pandemia. As aulas estão ocorrendo de modo online, em que a professora manda áudio das explicações e as páginas das tarefas. Neuza é quem o está acompanhando e ensinando em casa.

Quando perguntada sobre como ela compreendia o TDAH e de que modo ele poderia interferir no processo de ensino-aprendizagem, Juliana respondeu:

“Em geral, o TDAH começa na infância e pode persistir na vida adulta. Pode contribuir para baixa autoestima, relacionamentos problemáticos e dificuldade na escola ou no trabalho. Interfere no aprendizado, na socialização, na interação com os colegas, no humor.”

No depoimento da professora acerca da compreensão sobre o TDAH, percebe-se a concepção de que o TDAH da criança é uma possível *causa* para problemas na escola, na socialização, na baixa autoestima, acarretando-os.

Sobre Rafael na escola, antes do período pandêmico, em que as aulas eram presenciais, Neuza pontuou:

“Ele sempre tirou nota boa, sempre fazia as tarefas direitinho, respondia tudo. A professora dele nunca reclamou da atenção dele. Como toda criança ele gostava muito de conversar com os outros coleguinhas, arrumar atritos. Na hora do intervalo, caía, se machucava, acho que isso é um pouco normal, não sei se você também acha.”

Sobre o comportamento dele em no contexto familiar, Neuza aponta:

“O comportamento dele em casa é regrado. Ele tem hora pra estudar de manhã comigo, porque não começou as aulas dele ainda, mas a gente estuda todo dia. Depois ele fica na TV, ele tem hora pra ficar na TV, hora pra banho, pra lanche. Ele me obedece bastante aqui, só que quando a gente sai aí a coisa muda, ele gosta de se mostrar e de me desobedecer, quando ele vê alguém, ele fala muito alto na frente das pessoas também.”

Então, a impulsividade só se apresentaria em situações e momentos específicos?

Mas, Rafael não é o mesmo em todos esses contextos? Por que ele obedece a avó em casa, mas

nos locais com mais pessoais desobedece, falando alto na frente das pessoas? Como, por exemplo, na seguinte situação relatada por Neuza:

“Doutora, eu não sei se faz parte desse diagnóstico que ele tem de hiperatividade, mas o Rafael é muito ‘sincerão’, ele não pode ver uma coisa, ele vê aquilo e fala pra pessoa. Tipo, a gente foi na piscina do meu filho, tava todo mundo na piscina, e quando a gente veio embora, ele falou dentro do carro, “foi muito bom sua piscina, só que eu tava no meio de duas mulheres gordas”. Nossa, doutora, eu fico com tanta vergonha, esse é só um exemplo que eu tô lhe dando, eu conversei muito com ele, a questão da cor da pessoa também. Ele é uma criança que desde muito pequeno, de 3 anos, 4, ele já via a cor das pessoas, a boniteza, a feiura, o cabelo, ele é muito assim, e esse jeito do Rafael eu venho trabalhando há muito tempo com isso, mas de vez em quando ele ‘foge’, aí depois ele me diz, ‘desculpa, vovó, você já me disse que não era pra mim falar’.”

Por que Rafael seria assim? Na opinião da avó:

“Por conta que ele não tá sendo criado pelos pais isso influi muito, por conta do problema que a mãe dele possui, não foi possível ela ficar casada com o pai dele, e eu vou desdobrando o problema dele de maneira que eu veja que ele é feliz, que ele fica feliz. Mas o Rafael é uma criança muito abençoada, ele é muito amoroso, ele me beija, ele abraça, diz que me ama, ele diz as mesmas coisas pro avô dele, pra mãe dele, ele gosta muito de brincar com a gente”.

Rafael foi diagnosticado com TDAH, a avó compreendia o transtorno inicialmente apenas pelo nome de hiperatividade, termo que os especialistas da saúde lhe repassaram. E, com o diagnóstico, o que está sendo feito para melhorar a situação de Rafael, para que então ele viva de modo mais saudável, já que foi diagnosticado com uma *doença*? Apenas intervenções na própria criança, que não estão sendo realizadas por conta da situação financeira da família?

E os contextos nos quais Rafael está inserido e onde se manifestam os sintomas? Não seria importante investigar o porquê de tais comportamentos estarem sendo por ele necessários nesses determinados contextos e em outros não?

E a escola, o que pode fazer frente aos casos de diagnóstico de TDAH?

“Na minha experiência em sala de aula eu percebo que temos muitas dificuldade em fazer um acompanhamento pedagógico eficaz, devido à escassez de material de apoio. Como jogos para leitura e escrita, material dourado... Também a falta de uma equipe pedagógica atuante, comprometida com o ensino de qualidade, que trabalhe visando o melhor para o educando. E quando tem alunos com dificuldades de aprendizagem fica mais difícil fazer um trabalho de qualidade. Não que seja impossível mas, fazer o melhor requer comprometimento de todos.”

(Juliana)

Fazer o melhor requer comprometimento de todos. Não apenas da criança. Rafael utiliza das formas que tem, de acordo com sua história de vida, seus gostos, vontades, qualidades e desafios para fazer o melhor. Contudo, é preciso ampliar o olhar para além de enxergar as causas e soluções nele mesmo. Porquê em determinados contextos Rafael não apresenta os sintomas de impulsividade e em outros apresenta? A genética de Rafael é a mesma em todos os lugares. Os lugares é que são diferentes.

Assim, também como no primeiro estudo de caso, onde estariam as demais características de Rafael? Ele é descrito como independente e inteligente. Mas também como uma criança “gaiata e que gosta de se mostrar” e “sincerão”, características essas que avó não gosta e que incomodam as pessoas à volta. Essas características acabam por ocupar bastante espaço na compreensão das pessoas acerca de Rafael, dando a impressão de que encobrem as demais características e levando-o a passar por um processo de diagnóstico para entender qual seria seu problema, passando a ser compreendido como uma criança hiperativa, o que seria a

causa oficial para seu comportamento, e que causa então outras possíveis repercussões em sua vida.

Mas, em que contextos? Quando? Por que? E por que não a possibilidade de serem situações contextuais que causariam o surgimento de seus comportamentos (seus sintomas)?

Considerações finais

Com o advento do fenômeno da medicalização, a lógica da compreensão das situações cotidianas e dos comportamentos passou a ser visualizada, compreendida e explicada pelo viés da ótica biomédica, em que se algo está sendo manifesto, suas origens estão no corpo do indivíduo, no biológico/orgânico, e essas disfunções orgânicas é que seriam então as geradoras de comportamentos e demais problemas do indivíduo com um transtorno que se manifesta no âmbito social.

Essa lógica pode ser visualizada no caso de Rafael, assim como também no caso de Mateus. Logo, a partir dos sintomas, foi identificado o problema que tem esses sintomas como característica: TDAH. Identificado o problema, a criança foi encaminhada para o cuidado de demais profissionais da saúde, a fim de corrigirem/reorganizaram o comportamento da criança. Essa ordem de cuidado reflete a lógica medicalizante presente na sociedade atual: a busca pela compreensão dos problemas, e assim, das soluções, pelo viés do olhar individualizante e biomédico, pautado na identificação no corpo do indivíduo dos comportamentos manifestos, para explicá-los e então atuar na busca por soluções.

Os casos de Mateus e Rafael trazem a realidade das escolas públicas em tempos de Pandemia, em que as aulas remotas são sobretudo assíncronas e os professores não tem contato com a criança, apenas repassam as atividades para as crianças fazerem em casa, gravando áudios com breves explicações de conteúdo e passando as páginas das atividades a serem realizadas, de tal forma que ocorre um distanciamento professor-aluno no processo de ensino-

aprendizagem, de modo que até mesmo o contato com esses professores para as entrevistas, assim como eles conseguirem falar sobre o aluno foi dificultoso.

Antes da Pandemia, as crianças trouxeram uma realidade de escolas baseadas em tarefas, em deveres e, e, em casa, elas traziam momentos prazerosos, de diversão, descrevendo suas atividades e desenhando a parte interna das casas com eles dentro em alguma atividade, não apenas a fachada da casa – como no caso dos desenhos da escola.

Por que Rafael e Mateus não são impulsivos em alguns locais? Por que eles conseguem passar horas prestando atenção em atividades que para ele são prazerosas? Por que a história de vida, a história e os problemas familiares e o sistema escolar, assim como as metodologias de ensino não teriam relação com seus comportamentos? As únicas intervenções possíveis são na própria criança? Mudanças nos contextos não poderiam gerar mudanças na forma como eles se comportam?

As crianças passam a atribuir-se e a identificar-se com o rótulo TDAH e a passar por diversos especialistas até “descobrirem o que *elas* tem”. Isso gera impactos atuais e futuros na sua identidade, autoconceito e autoestima, pois haveria algo de errado neles, já que estão tentando descobrir o que eles tem, diferente de outras crianças (como no caso de Marcos, irmão gêmeo de Mateus), em que a neuropediatra decretou, ao observá-lo, que ele não tinha problema, mas o irmão sim.

Percebe-se nos casos analisados que o diagnóstico de TDAH (incluindo o processo antecedente e o consequente) são focados na criança, o que começa a gerar nelas a (bio)identidade pautada a partir do biodiagnósticos, conforme literatura científica abordada no estudo, acerca da rotulação da infância, afirmando que a subjetividade da criança diagnosticada com algum transtorno pode se fixar nesse diagnóstico/rótulo como uma espécie de identificação, assim como pais e escola também começariam a esperar que a criança se comportasse de determinada maneira, seguindo o que é esperado no desenvolvimento do

transtorno encontrado e, por conseguinte, os argumentos se encerrariam em si mesmos: “faz isso porque é um TDAH”.

Os resultados desse estudo podem contribuir para a construção de uma base sólida de conhecimento científico acerca do TDAH e do fenômeno da medicalização da educação, podendo fomentar novas possibilidades de compreensão e de ação frente ao fato TDAH, superando uma compreensão organicista, reducionista e medicalizante, para assim subsidiar a formação de políticas públicas e de práticas interventivas que considerem o contexto histórico-cultural de emergência do quadro de TDAH, assim como políticas educacionais de formação de professores e de políticas educacionais intersetoriais que integrem a Rede.

As limitações do estudo dizem respeito à adequação que teve que obedecer para ser realizado no contexto de Pandemia, sendo assim realizado de modo totalmente virtual, o que impossibilitou contato com alguns personagens da vida das crianças, como as professoras as quais não conseguiu-se manter contato, pois os familiares não tinham mais o contato delas, e de lugares que perpassam a vida das crianças participantes, como a casa e a escola.

Considerando as descobertas levantadas no presente estudo, indica-se que mais pesquisas com o objetivo de analisar as repercussões do diagnóstico de TDAH na vida de crianças de escolas públicas possam ser realizados no Brasil, em outras realidades regionais, e também com outras metodologias em adequação à realidade que for se formando no processo de superação da Pandemia e das medidas restritivas de distanciamento social.

4. Estudo 2 - O diagnóstico de TDAH e os impactos na vida de crianças: uma investigação através de dois estudos de caso com alunos de escolas particulares de Parnaíba-PI²

Introdução

Mesmo diante da realidade atual em que se demonstra a diversidade de fatores que estão envolvidos com o TDAH – para além dos fatores biológicos – reforçando a influência do meio histórico-cultural, os casos de crianças com diagnóstico de TDAH continuam sendo acompanhados tendo como base uma perspectiva fortemente biomédica, baseada no tratamento medicamentoso, através de estimulantes como o Metilfenidato (MTF), vendido sob o nome de Ritalina (Teodoro & Cruz, 2020; Armstrong, 2019).

Assim, após o processo diagnóstico, a criança é encaminhada para o tratamento com especialistas da saúde, com a finalidade de melhor ajustar os sintomas para a convivência no meio social, de modo a minimizar os prejuízos dos sintomas característicos do transtorno (para a própria criança e para o âmbito social ao qual ela faz parte). Os sintomas característicos do TDAH são a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, comportamentos os quais passam a ser vistos como disruptivos, decorrentes de um transtorno, causado por um déficit. Logo, biológico/orgânico.

Essa compreensão e postura interventiva frente ao fenômeno TDAH é fruto da explicação advinda da Corrente Organicista, paradigma dominante, a qual é fundamentada por dados (advindos de pesquisas neurológicas e das funções cerebrais e de estudos feitos com tecnologias de imagem cerebral e da pesquisa molecular e genética) que corroboram com o discurso da legitimação médica e biológica do TDAH. Tem-se, então, o argumento de que o

² O artigo segue as normas da *Fractal: Revista de Psicologia*.

diagnóstico de TDAH é real porque é visível, biológico e descreve uma condição de risco/prejudicial/não-saudável (Caliman, 2008).

Na compreensão do TDAH, há duas correntes explicativas do fenômeno: a Corrente Organicista e a Corrente Histórico-Cultural. De acordo com a primeira, o TDAH é decorrente de uma desordem neurobiológica, de origem genética. Já conforme a segunda corrente referida, o TDAH é parte de um fenômeno denominado Medicalização. Assim, a Corrente Histórico-Cultural de compreensão do TDAH, questiona que manifestações comportamentais sejam precocemente consideradas como distúrbios individuais. Defende que quando se investiga em profundidade a qualidade das interações sociais em que a criança esteve/está inserida, assim como as práticas e contexto que circundam o seu processo de desenvolvimento é possível que sejam apreendidas as bases socioeducacionais que constituem o suposto transtorno (Signor, Berberian, & Santana, 2017).

Dessa forma, o paradigma Histórico-Cultural percebe a nomeação do transtorno como resultado de um fenômeno mais amplo de patologização e biologização de questões cotidianas, comportamentais e sociais – a Medicalização – onde questões passam a ser vistas sob a ótica do normal e do patológico, este último precisando ser tratado.

Contudo, em decorrência do contexto da sociedade atual, perpassado pelo individualismo e pelo fenômeno da medicalização, o número de crianças diagnosticadas com TDAH cresce. Uma vez que o diagnóstico é mais uma atribuição que é dada à criança, de algo que a causa estaria então interna a ela (genética), é importante investigar a interferência dessa atribuição na vida da criança. As características diagnósticas são incorporadas à compreensão da sua identidade? Como o processo diagnóstico repercute na vida da criança, na sua família e na postura da escola?

O presente capítulo, através de dois estudos de caso com crianças de escolas Rede Privada de Parnaíba-PI, buscou responder aos objetivos de: investigar a reverberação do

diagnóstico de TDAH na vida de crianças de escolas particulares, compreender de que modo os familiares da criança diagnosticada com TDAH percebem a criança e o transtorno, e apreender a percepção e as práticas escolares da comunidade escolar frente aos casos das crianças diagnosticadas com TDAH.

No Brasil, as escolas particulares surgiram antes das escolas públicas e o desempenho da escola particular era, por diversos fatores, maior que o da escola pública, porém atualmente esses dados revelam igualdade, pois há sinais de crise, também, na escola particular (Ivanoski, 2017).

O atendimento de estudantes com TDAH tem sido considerado um grande problema para os professores e diretores das escolas particulares, tendo em vista a falta de condições físicas adequadas, a quase escassez de recursos, bem como a formação docente insuficiente para que seja feito um trabalho diferenciado com os estudantes. Muitas vezes são filhos de classe média alta, cujos pais se recusam a matriculá-los na rede pública de ensino, que está melhor preparada do que a escola particular quando o assunto é inclusão (Ivanoski, 2017), sendo assim importante investigar o processo e as repercussões do diagnóstico de TDAH nas crianças da realidade das escolas particulares.

Método

O presente estudo segue o delineamento de pesquisa qualitativa, descritiva e ocorreu através de Estudos de Caso em psicologia Escolar. Os casos analisados são de duas crianças matriculadas na Rede Privada de Educação da cidade de Parnaíba-PI e que são diagnosticadas com TDAH: Renan e Caio. Para a composição dos casos, foram realizados encontros de modo virtual (em virtude da Pandemia da Covid-19) com professoras, familiares e com as próprias crianças participantes da pesquisa. Utilizaram-se diferentes procedimentos de coleta de dados: entrevistas semi-estruturadas, com os responsáveis pelas crianças e com os

professores, produção de desenhos pelas crianças e questionário sociodemográfico. Os casos foram analisados a partir da perspectiva da Psicologia Escolar Crítica.

Resultados e Discussão

Caso I - Renan

Renan tem 10 anos de idade, estuda em uma escola particular da cidade de Parnaíba-PI e já passou pela experiência de estudar em escolas públicas da cidade. Mora com a mãe, Carla, que é professora, e com o pai, Paulo, que tem o emprego de vigia. Foi diagnosticado com TDAH aos 5 anos, quando estava no 1º ano do ensino fundamental I. Participou da pesquisa em 2020, época na qual estava cursando o 6º ano, no ensino fundamental II.

Carla descreve Renan:

“Ele é muito alegre, muito divertido, tem momentos que eu digo ‘vamos parar um pouco’, porque têm momentos que não dá pra aquela alegria toda, aquela agitação toda dele, tem momento que não cabe, então a gente tenta acalmar ele. [...] Eu sofri muito pra poder vencer, mas hoje, você conhecendo o Renan, o Renan mudou completamente. Ele é muito inteligente, ele nunca repetiu um ano, ele nunca ficou de recuperação, ele já tem um canal no YouTube, ele tem um canal que ele ensina os tutoriais das coisas, ele já mexe no telefone, no computador todo, eu não sei fazer, mas ele já sabe, ele produz vídeo, ele baixa aquelas coisas de ofertar os vídeos, ele prepara um vídeo todinho pra mim, coisas que eu não sei fazer e ele já faz. Eu não pago mais gente pra formatar meu celular, meu computador, tudo é ele que faz, então assim ele já me ajuda muito, mas no início foi muito difícil, agora eu posso dizer que o Renan tá outra criança, hoje ele já consegue assistir uma Missa sentado comigo, hoje ele já consegue ficar com as outras crianças sem machucar as outras crianças, ele já consegue receber um

‘não’ e ele não conseguia antes, então assim, muita coisa ele tem que melhorar ainda, mas de quem ele era, ele já melhorou muito, porque ele não sentava, e era muito difícil pra mim.”

A professora desse ano (2020 - 6º ano), Vanessa, fala sobre Renan:

“O Renan é um menino muito aplicado, ele sempre faz as atividades, e ele se preocupa em estar realizando as atividades. Ele é um aluno que tira boas notas, excelentes notas, e aprende muito rápido os conteúdos, com exceção de matemática. Matemática ele sempre teve uma dificuldade, eu já fui professora dele no 3º ano, por 3 meses, os 3 últimos meses do ano, que eu entrei pra substituir a professora que estava na turma. Aí já observei que ele tinha essa dificuldade em matemática. Então ele é assim, ele é super aplicado, sempre faz tudo em dias, ele se preocupa, se ele não tá entendendo, ele pergunta.”

Renan é descrito, sobretudo, como uma criança alegre, divertida e inteligente. A mãe aponta que essa sua alegria é acompanhada de agitação e que há momentos que é preciso apontar a ele que está na hora de parar. Na escola, a professora destaca sua dedicação e inteligência. A mãe trouxe que ele já mudou bastante, que no “início” foi bem mais complicado, mas que venceram. Como foi esse início?

“Com três anos, desde bebê, eu percebia a agitação dele fora do normal das outras crianças, aí eu achava que tinha alguma coisa diferente no Renan, eu sempre dizia isso pro meu marido, aí ele ‘ah não! Isso é besteira...’, e eu sempre tive esse cuidado. Aí com três anos, eu resolvi colocar ele na escola, como eu trabalho em escola pública, eu resolvi colocar ele em uma escola próxima à que eu trabalho. Aí eu coloquei, só que escola pública, você sabe que são muitos alunos por sala, e aí era muito aluno por sala, e só um professor, aí quando foi um dia eu cheguei na escola e ele tava sentadinho numa mesa, de castigo, com o choro guardado, quando eu cheguei ele soltou aquele choro desesperado, aí eu abracei ele. Foi muito difícil pra mim esse dia, me conter pra dar força pra ele. A diretora da escola falou que ele mordeu todas

as crianças da sala, e que a professora não teve controle, aí pediu ajuda à diretora e acho que ela também não tinha muita formação em relação à afetividade com as crianças, então ela sentou ele de uma forma brusca, que até hoje ele não quer olhar na cara dela e não quer passar nem em frente à escola. Ele lembra, marcou a vida dele. Aí a gente foi pra casa, ele chorou muito, eu chorei muito, ele deu febre a noite inteira, ele falou o nome dela, disse que nunca mais queria voltar pra aquela escola. Aí eu resolvi, 'pois vamos conversar com uma psicóloga', conversamos, eu resolvi tirar da escola, porque ele não queria mais ir. Eu resolvi colocar numa escola particular, que tivesse poucos alunos e dois professores, e assim eu fiz, e desde então ele estuda nessa escola, ele tá no 6º ano agora e ele tá nessa escola desde os três anos. Lá ele foi muito bem recebido, abraçado, eu levei o laudo dele" (Carla).

Percebe-se no relato de Carla que ela começou a perceber a agitação do filho quando ele tinha 3 anos, mesmo período em que ele foi colocado na escola, e surgiu a queixa escolar acerca do comportamento dele, o que a fez buscar ajuda profissional de uma psicóloga. Como o episódio da forma como a escola reagiu ao comportamento dele lhe deixou com um trauma, ele não quis retornar à escola, e a mãe o tirou da escola pública e o colocou em uma escola particular, visando uma sala com menos alunos, e mais professores. Após a mudança de escola, Carla foi chamada pela coordenadora da nova escola, pela dona da escola, pela diretora e pela professora de Renan:

"Carla é o seguinte, tá acontecendo isso...', aí eu falei assim: 'é vocês viram o laudo dele, vocês viram...'` (que no caso lá só tinha ansiedade, porque eu não tinha levado para o neuropediatra ainda), aí eu falei assim, 'olha pois é o seguinte, tudo o que vocês estão dizendo eu quero relatado em um relatório, eu quero por escrito o que vocês estão me dizendo, e eu não vou aceitar vocês rotularem ele, eu não vou admitir, me passem o relatório, aí eu vou pra Teresina, procurar um neuropediatra'. Fui pra Teresina com esse relatório, procurei dois, aí gostei mais de uma doutora, aí ela fez um diagnóstico, e disse 'Carla, você vai levar um

relatório pra escola e vai responder outro. Eu respondi o da família e eles responderam o da escola, aí novamente eu levei pra ela, e ela leu os dois, e disse 'é agora nós vamos fazer exames nele'. Fez exame da cabeça, fez vários exames, e disse 'Carla, eu não vou te dizer com precisão que ele tem TDAH, mas no exame tem em uma parte como se fosse uma má formação, então se você aceitar a gente vai ter que entrar com a medicação', isso ele já ia fazer seis anos. Eu falei assim 'pois então tudo bem', aí chamei o pai dele, conversei com ele. Ela disse 'pois vamos fazer o seguinte, você vai levar ele em uma psicóloga', aí eu levei, com toda documentação, com tudo que ela fez, aí ela disse assim, 'Carla, pelo que eu tô observando no Renan, (ela observou ele uma semana, duas semanas), ele realmente tem TDAH', aí eu não sabia nem o que era isso, aí eu 'o que é isso?' Aí ela foi explicar o que era e eu fui ler, fui pesquisar, o que era TDAH, aí eu comecei a ver mais como trabalhar com ele.[...]

A reação da escola fez com que Carla buscasse com mais afinco uma resposta para explicar o comportamento do filho, procurando assim uma neuropediatra. Essa recolheu informações com participantes da vida de Renan através de um relatório, assim como solicitou a realização de exames de imagem, através dos quais identificou uma má formação em uma região do cérebro de Renan, que levou à conclusão da necessidade da utilização de uma medicação para controlar seus sintomas.

Dessa forma, identificou-se através do olhar de um profissional da *saúde* e de exames de imagem *cerebral* o respectivo problema de *saúde* de Renan. O seu comportamento foi catalogado no quadro do TDAH e, então, foi indicado o tratamento para o caso de Renan, pautado na combinação: medicação e terapias (psicologia e terapia ocupacional). Isso repercutiu em algumas mudanças na vida de Renan e de sua família:

"Fui atrás da lei que poderia cuidar dele, que eu poderia reduzir meu horário, pra ter mais tempo pra ele, porque eu fazia todos os atendimentos dele à noite, era muito cansativo

trabalhar manhã e tarde, chegar em casa ir fazer comida, lavar roupa e ainda ir para os atendimentos dele. Peguei toda a documentação e dei entrada, ganhei. Desde então eu tô com meu horário reduzido, aí eu posso fazer atendimento dele de segunda a sexta a tarde, eu só trabalho o horário que ele estuda, o horário que ele tá de folga eu tô junto com ele, fazendo as terapias, acompanhamento, tudo junto com ele, aí ficou melhor pra mim.” (Carla).

E na escola, como foi a repercussão do pós-diagnóstico acompanhado do início do tratamento?

“Na escola melhorou o acompanhamento, melhorou as notas... ele não conseguia interagir com as outras crianças, ele tinha dificuldade pra se tornar amigo das outras crianças, ele tinha muita dificuldade, aí com essa situação que aconteceu, a professora disse assim, ‘Carla eu vou te falar uma coisa, o Renan é meu aluno, ele melhorou muito quando você fez isso’. Aí eu tenho todos os relatórios dele, porque o relatório mensal, aí eu tenho o relatório dizendo como ele foi melhorando aos poucos, aí eu fiz tipo um portfólio, guardei tudo do início.” (Carla)

Melhorou o acompanhamento! Aonde? Na escola.

Antes, Renan era percebido como “agitado, agressivo com os colegas e professores”; mas, com o diagnóstico de TDAH e com o descoberta do que *ele tinha*, os professores passaram a saber o laudo dele, a conhecer suas necessidades.

“Quando eu comecei a dar aula pro Renan, eu não sabia que ele tinha, porque eu já entrei de uma hora pra outra, que era só pra substituir, e ninguém me contou o diagnóstico dele, foi depois que eu fui saber, então eu percebi que ele era muito inquieto, as vezes do nada ele levantava da cadeira dele e ia pra outro lugar, não se concentrava, perdia a concentração, então percebia que tinha alguma coisa errada, aí foi assim que eu percebi. É falta de

concentração, de atenção, as vezes ele ficava irritado com alguma coisa que não tinha tanta necessidade.” (Vanessa)

Carla relatou um ocorrido no ano de 2019 no qual Renan passou em que foi direcionado à diretoria erroneamente, por assumir a culpa de um episódio no qual uma das meninas da turma estava chorando na hora que a professora chegou e, como Renan estava em pé próximo à ela, a professora entendeu que ele tinha feito algo com a aluna. A relação dessa antiga professora e de Renan não era boa, assim como a professora de Renan de outro ano, em que ela não gostava das participações de Renan durante as aulas e por vezes o ignorava, o que resultou em ele não querer ir mais para a escola. Conforme relato de Carla e de Vanessa:

“Aconteceu uma situação que ele falou assim ‘mamãe eu tô tão chateado’, aí eu ‘por que?’, ‘porque a tia entrou, eu tava em pé, e a minha colega tava chorando e ela [a professora] disse que foi eu, e ela não deixou eu falar, a senhora disse que a gente tem que se defender né?’, aí eu falei assim ‘você não falou?’, aí ‘não, ela não me deixou falar, ela me levou pra secretaria, aí quando chegou lá minha colega disse pra ela, não, não foi o Renan, foi o outro colega. Eu tava em pé mamãe, ajeitando a minha bolsa, e ela não me deixou falar, ela disse fique calado, fique calado’. Fui pro carro com ele e ele me falando, entrei no carro e ele me falando tudo o que tinha acontecido, e ele disse que tava inquieto, aí parei o carro e disse, pois respire, que eu vou ligar aqui pra tia, aí eu ‘tia é o seguinte, o Renan me falou uma situação que aconteceu e tá inquieto, porque ele disse que você não deixou ele falar, aí quero saber se realmente aconteceu isso, se é verdade’, aí ela disse que ‘era verdade, e eu devo desculpas pra ele, deixe eu falar com ele’. Aí ela disse ‘Renan me desculpe, eu não deixei você falar né, porque você não tinha culpa, você queria se defender, e eu não deixei você falar’. Porque quando ela entrou na sala, a menina tava chorando, e ele estava em pé, então ela achava que ele tinha feito alguma coisa, então pegou ele e a menina e levou pra secretaria (isso há 2 anos atrás, a escolajá sabia do diagnóstico dele, só que a coordenadora não, era outra coordenadora). Tinha

mudado a coordenadora, é tão tal que no ano passado aconteceu uma situação que a professora era novata da escola, então não conhecia ele, não teve a curiosidade de conhecê-lo. Então, nas aulas, ele é muito participativo, devido ele ser hiperativo, ele quer participar, ele quer falar tudo. [...] A professora entrou, novata na escola, e não leu o laudo dele, aí o que foi que ela fez, ele começou a responder/participar, e ela ficava tipo 'cortando' ele, e ele tava incomodado com aquilo, então quando chegava em casa ele falava, e eu ficava 'rapaz é impressão sua, deixe de besteira', dizia pra ele. Aí quando foi um dia ele chegou em casa muito chateado, 'eu já resolvi, já resolvi', 'o que foi Renan?', 'Não mamãe, não fale mais nada não, que eu já resolvi', 'mas me fale o que aconteceu', aí ele falou assim 'é porque a minha colega falou uma coisa, e eu fui responder, e a tia acabou colocando a culpa em mim, não me deixou falar, e eu tô muito chateado, ela não me deixou falar...' e ele disse que tudo que ela falava era endereçado pra ele. [...] a situação piorou, piorou tanto, que ele não foi o restante do ano passado, ele só foi num dia... porque ele falou, 'mãe eu não quero mais ir pra escola', e ele gostava muito de ir pra escola, gostava muito, aí disse 'mãe não vou mais pra escola, enquanto for aquela tia eu não vou mais, e ela diz umas coisas e diz pra gente não falar pra mãe, e eu não tô gostando, eu não vou mais'. [...] aí quando já foi quase no final do ano, eu me encontrei com ela, e ela disse 'mãe me desculpe pelo que aconteceu, vou fazer uma festinha de encerramento e eu queria muito que o Renan participasse, eu realmente não sabia do laudo dele, eu realmente fui errada', aí eu falei, 'olha, tudo que acontece o Renan me fala, sempre que ele me fala é verdade, ele me fala o que ele fez de errado, e o que aconteceu, então quando ele falou pra eu não falar com você, que você fez ele... então, eu vou conversar com ele, ver se ele quer vir', aí eu conversei com ele, aí ele 'mãe, quero tanto falar com meus amigos, eu podia ir né mamãe? Eu vou, e a senhora fica lá fora me esperando'. [...] ela fez tipo uma festa pra ele, tipo um clima pra ver se conseguia conquistar ele novamente, abraçou ele, falou que não era com ele, que acontece essas coisas mas que ela tava arrependida. Foi toda

uma situação pra ver se conseguia... só que ele não quis mais papo com ela, abraçou ela e tudo, aí foi o último dia que ele foi pra escola, porque ele já tava passado, sempre ele é liberado antes das últimas provas porque ele já tá passado.” (Carla).

No relato da mãe, é possível perceber que ela aponta a diferença que há quando a escola sabe o laudo do filho, é como se então a escola compreendesse o comportamento dele, precisasse do laudo pra compreendê-lo. Percebe-se a centralidade dos biodiagnósticos para compreender a (bio)identidade da criança. Como apontou Caliman (2013) “Ele é assim, porque é TDAH.” O diagnóstico passa a ser o que ele precisa para ser compreendido pela escola.

“De que forma que você acha que o TDAH interfere no processo de ensino-aprendizagem?”, foi perguntado à Vanessa, atual professora de Renan.

“Interfere com relação à falta de atenção e concentração, eu acho que interfere. Se a criança não é diagnosticada e os pais não tem muita noção do caso, isso vai interferir, porque ela não vai se concentrar na aula, não vai compreender, não vai nem tentar compreender o que tá acontecendo, então quando a criança já é diagnosticada, já tem o acompanhamento de vários profissionais, como no caso do Renan, que ele toma o remédio, pra acalmar, fica bem mais fácil.” (Vanessa)

Na fala da professora, percebe-se a diferença que o conhecimento do laudo promove na atitude do professor frente ao aluno, como passando a perceber que *realmente* ele tem os sintomas. Ela também trouxe que o diagnóstico possibilita que a criança tenha acompanhamento com outros profissionais, além de tomar remédio, para acalmar, “fica bem mais fácil”.

Fica mais fácil o que? A criança se concentrar na aula?

“Eu já estou tentando desmamar a medicação que ele toma desde os cinco anos, porque ele só podia tomar desde os seis anos, aí eu comprei a medicação e ele começou a tomar, então com a medicação ele deu uma melhorada. Agora ele não tá tomando porque ele não tá assistindo aula, só dou nos dias das aulas, quando tem prova alguma coisa assim, mas atividade normal não tô dando, ele tá conseguindo se concentrar sem precisar da medicação. A Ritalina tranquiliza, só que ele passa mal, ela é muito forte, é uma medicação que eu tomei pra experimentar e passei mal, tem que ter estômago pra aguentar ela, ela é muito forte, eu tive que tomar leite pra poder aguentar ela porque eu passei mal, e ele toma, ele ficava amarelinho, eu chorava quando ia dar pra ele pra ele ir pra escola, porque ele ficava com os beicinhos brancos no início, porque ele secou, você seca, ela concentra, até pessoas que fazem concurso tomam ela, se consultam com o psiquiatra, o neuro, pra tomar ela, porque ela concentra, você passa a noite inteira acordado se for preciso. As vezes ele acorda e diz ‘mamãe eu acordei hoje tão tarde, eu acordei com uma tristeza` por que ele fala, e desde que ele começou a tomar Ritalina ele começou a sentir isso, a neuro falou pra mim ‘a Ritalina é uma faca de dois gumes, ela é boa pra uma coisa, mas atrapalha em outra, porque ela é boa pra concentrar, mas traz às vezes pensamentos de tristeza`.” (Carla)

Renan não está tomando Ritalina no momento porque *não está tendo aulas*. Que transtorno é esse no qual os sintomas estão se manifestando apenas na escola? Para as *atividades normais*, a mãe não está dando Ritalina para Renan. Mas quais são as *atividades normais*? Por que ele não precisa de Ritalina para se concentrar nas outras atividades?

Na entrevista com Renan, em que foi pedido a ele que fizesse um desenho dele em casa e outro dele na escola, e relatasse uma história sobre os desenhos, ele trouxe:

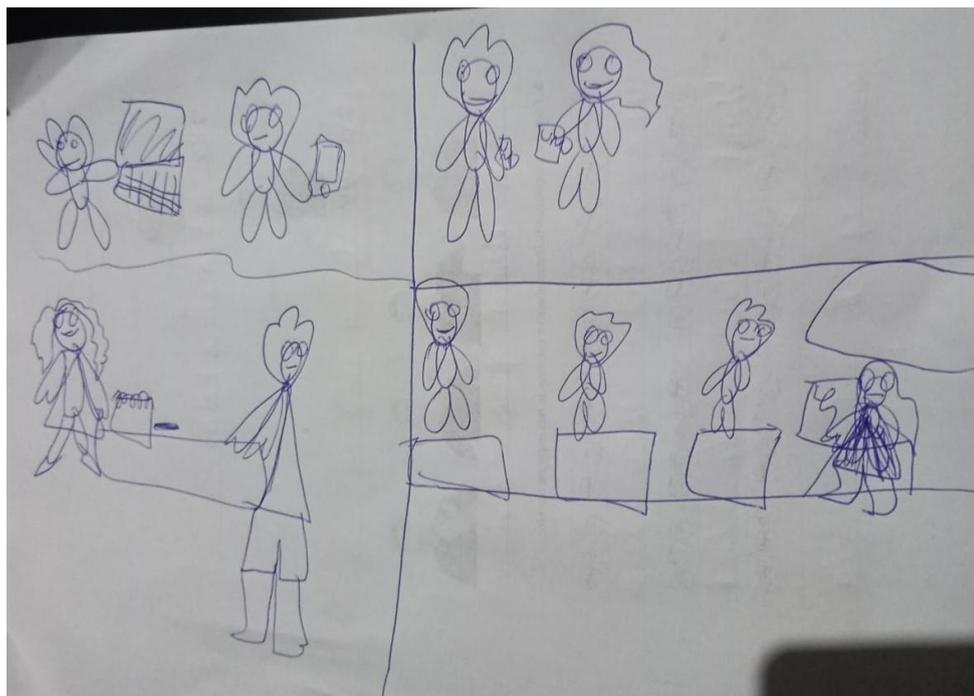


Figura 4: “Renan em casa” (à esquerda e na parte superior direita) e “Renan na escola” (na parte inferior direita)

Sobre o desenho “Renan em casa”, ele trouxe:

“Nesse desenho, eu tô jogando no computador, no celular e assistindo aula online, e no outro desenho a minha mãe está me ensinando algumas tarefas de casa, só isso mesmo.”

“Quer colocar mais alguma coisa?”

“Deixa eu colocar aqui... pera aí...”

“Pronto, eu tô jogando com minha prima UNO, o jogo de barulho. Você conhece?”

“Conheço sim! É legal!”

E sobre o desenho “Renan na escola”, ele descreveu:

“Na aula com a professora, a professora tá ensinando. Eu tô com meus colegas aqui conversando sobre a aula.”

“E essa aula é de que?”

“Matemática. É porque assim, não ‘gosto’ assim de matemática, tenho muito assim, dificuldade, mas eu gosto, quer dizer, mais ou menos, é, só que sou melhor em português.”

Em casa, Renan se envolve em muitas atividades: computador, celular, aulas online acompanhado da mãe, brincadeiras/jogos com a prima. Na escola, a professora está ensinando, enquanto ele está com os colegas conversando sobre a aula. Em meio a essas atividades de seu dia-a-dia apenas para uma foi lhe passado a indicação de medicamento para concentra-se: assistir as aulas na escola.

Já que os sintomas se manifestam de modo mais intenso na escola, sendo necessário inclusive a intervenção medicamentosa quando ele vai para esse espaço, por que as intervenções estão sendo voltadas apenas para Renan e não também no meio no qual ele apresenta os sintomas? A escola apenas tem recebido o laudo e compreendido então o porquê do comportamento de Renan: se é biológico, é como se ela não pudesse fazer nada, apenas aguardar o resultado do tratamento dele, para que ele se concentre mais para assistir a aula e fazer as provas.

Percebe-se, então, a influência da Corrente Organicista de explicação do TDAH – que se manifesta em uma sociedade permeada pelo fenômeno da medicalização e pela compreensão individualizante das questões sociais – como determinante na compreensão e nas intervenções propostas para o caso de Renan.

Desde o início, a queixa foi levantada acerca do comportamento de Renan e logo foram buscadas explicações à luz do olhar biomédico, em que foram encontradas causas biológicas e tratamentos com intervenções terapêuticas e medicamentosas em Renan. Mas, e o contexto no qual o comportamento se manifesta? O que a escola pode fazer além de levantar a queixa? Por que não são feitas também mudanças e intervenções também no único lugar para o qual ele precisa tomar medicamento para ir? Por que para as aulas presenciais ele precisava

tomar medicamento mas nas aulas online ele consegue se concentrar, e ainda é um dos alunos que se destaca positivamente com participação durante às aulas? *Porque Renan está imerso em uma realidade de compreensão atual em que o problema está no aluno.*

Caso II – Caio

Quando participou da pesquisa, Caio estava com 12 anos e cursando o 7º ano, no ensino fundamental II, em uma escola particular de Parnaíba-PI. Ele e a mãe, Patrícia, que é formada em Serviço Social, e que também trabalha como diarista, moram com um casal, que são como pais para Caio, e com os filhos desse casal, que já são adultos. É descrito como um menino ativo, que procura sempre algo novo para estar fazendo. É carinhoso, protetor, e muito dado com os amigos.

Patrícia fala sobre Caio:

“Ele é aquela criança ativa, que brinca, que corre, que faz estripulia, que procura sempre algo pra tá fazendo, algo de novo. Na infância... eu falo infância porque ele já tá quase adolescente, já vai fazer 13 agora em abril, todos os brinquedos que ele ganhava ele sempre teve aquela curiosidade de desmontar pra depois montar novamente, no colégio sempre foi muito dado com os amigos, muito protetor com os que ele gosta, tem aquele cuidado, muito cuidadoso. Porém ele tem um lado que quando se irrita é muito explosivo, é uma coisa quase que incontrolável, a partir do momento que ele se irrita, ele meio que fica fora de si, ele faz o que dá na tela, como diz o ditado, e não mede as consequências [...] quando ele quer fazer, ele vai por livre e espontânea vontade, mas quando é algo imposto a ele, algo que ele não queira fazer e que vai contra a vontade dele, ali pra ele já se torna um problema. O professor dá uma orientação, ele diz que não vai fazer, e fica dessa forma. E pra direção? Meu Deus do céu, eu perdi as contas de quantas vezes ele já foi. Ele chegou a ser suspenso também uma vez, por conta que ele chegou a agredir um coleguinha, mas ele relatou que o colega primeiro bateu nele, e ele meio

que só foi se defender. Até porque esse caso é uma caso que já tinha ultrapassado os limites dele, porque o menino realmente implicava com ele todo santo dia, era aquela mesma coisa, aquela mesma implicância, e chegou um dia... Porque ele tem esse lado, ele aguenta, aguenta, aguenta, mas quando ele vê que não dá mais aí ele sai das estribeiras, ele perde toda noção e ele parte pra agressão, e nisso ele foi suspenso. Mas o relato dos professores é que ele é um menino muito prestativo, muito dado, porém tem esse lado dele, que quando ele não quer fazer uma coisa, ele empanca ali, que nem mula mesmo, e diz que não vai fazer e pronto, não faz.”

Caio é um menino curioso, acolhedor, protetor e cuidadoso com quem gosta. Contudo, tem a característica de ser explosivo, como que incontrolável. No episódio relatado pela mãe, em que Caio foi suspenso por agredir uma colega, a mãe trouxe a contextualização do fato, no qual Caio havia suportado a situação por um tempo, mas chegou uma hora que não aguentou mais. Ela trouxe então, a influência do que ocorre no meio, no contexto, sobre a expressão comportamental. É um comportamento de impulsividade, um dos sintomas de TDAH, contudo, qual foi o contexto dessa impulsividade? E vendo então pelo olhar organicista, a criança que implicava com ele é que não teria *algum problema?*

A professora do 7º ano de Caio, Catarina, fala sobre ele:

“Eu descrevo o Caio como uma criança comunicativa, ele tem muita facilidade de se comunicar com os professores, com os colegas, interage bastante.”

No relato de Patrícia e de Catarina, parecem dois Caios diferentes. As vezes comunicativo, protetor, cuidadoso; as vezes impulsivo, opositor, agressivo. Essas segundas características causam prejuízos à convivência social. Por conta disso, a mãe relata a frequência constante com que era chamada pelos professores na antiga escola de Caio com queixas acerca de seu comportamento.

E, como é a trajetória escolar de Caio?

“A gente se mudou de Teresina pra cá tem 5 anos, então isso pra ele já foi ruim. Se pra mim como adulta já foi ruim, imagina pra ele. De início, ele estudou no Colégio Alfa, ele passou 2 ou foi 3 anos. De início ele amava o colégio, e aí foi tendo uns atritos com os coleguinhas, e tudo, aí já foi dizendo que não gostava do colégio e isso e aquilo. A professora pedia pra ele fazer a tarefa, e ele não gostava de fazer a tarefa, conversava demais, muito mesmo, então o negócio dele era conversas paralelas dentro da sala de aula, e quando a professora chamava a atenção dele, ele ficava irritado, daí ele não fazia a tarefa e ainda desobedecia a professora, não cumpria com a ordem dela, e as vezes até por isso mesmo, por questões de contradição entre ele e a professora, ele ia parar na direção. Então todo dia, no Colégio Alfa, a partir do 2º ano até o 3º ano, eu todo santo dia estava no colégio, conversando com as professoras, querendo saber, e pedindo pra elas anotarem na agenda o que ele tinha feito no colégio e tudo, até pra eu tomar conhecimento.

Aí a gente ‘não, vamos mudar’, e ele não gostava da forma de ensino, que é uma forma tradicional, em que a professora ensina, eles ficam ali lendo, escrevendo, sem a tecnologia, e a gente sabe que as crianças de hoje estão adaptadas à tecnologia, então ele gosta muito dessa parte da tecnologia, e aí a gente colocou ele no Colégio Beta, tá com 3 anos que ele tá no Beta. Lá, no início ele ficou meio assim, mas ele faz amizades com facilidade e ele gostou mais dos professores, do ambiente também, da forma de ensino, mas sempre tendo aquela dificuldade pra estudar, ele não gosta de estudar. Não sei porque ele não adquiriu esse hábito, porque aqui em casa a gente dá o bom exemplo mesmo, até porque nós todos somos estudantes e já lá ele tem essa sintonia com os professores, ele gosta e tudo. Já nessa época de pandemia, nesse período de pandemia, os professores mandavam mensagem pra ele, através do whatsapp e tudo, as aulas sendo remotas, ele se tornou mais participativo na sala, porque antes ele não interagia, ele tinha uma certa vergonha de interagir com o professor e os colegas. Já no Beta,

acho que ele se sentiu à vontade pra fazer isso, participava dos seminários, fazia os trabalhos direitinho, então houve esse desenvolvimento, mas que durante as aulas remotas houve também um pouco a queda dos estudos, do rendimento escolar, mas isso não chegou a dar problema com ele, pra dizer 'ah, não vai passar de ano', ele passou."

“Lá em Teresina tinha essa rotina de você estar sendo chamada pela escola, ou isso começou aqui?”

“Isso começou aqui. Lá eu fui chamada uma única vez. A partir do momento que teve essa mudança, a gente fez acompanhamento psicológico e tudo aqui, pra tentar descobrir. Aí o psicólogo relatou, que se é ruim pra gente, imagine pra uma criança, e aí a gente chegou a levar ele também em um psiquiatra, aí o psiquiatra relatou que aparentemente ele é saudável, comum, como toda e qualquer criança na idade dele, acho que ele devia ter uns 8 ou 9 anos quando a gente levou, e que nada indica que ele tenha algum problema. Ele falou que ele parece ter traços da hiperatividade, ele não deu diagnóstico. Daí a gente tentou tratar da melhor forma possível, com acompanhamento psicológico, fazendo sempre o que o psicólogo pedia, e algumas coisas melhoraram, só que agora nessa fase de 12 anos, ele tá assim difícil de se conversar. Ontem mesmo eu sequei a garganta, foi o dia todinho reclamando, eu fizendoum trabalho da pós, e eu 'puxa Caio, eu preciso ter tempo e tranquilidade pra estudar também', e ele lá todo tempo perturbando, e eu 'Caio, vem estudar, senta aqui comigo' e ele 'não, não quero', e enfim ficava dessa forma. Aí, ano passado, eu resolvi levar ele no neuro, aqui em Parnaíba, não me recordo o nome do médico, aí ele já deu de cara um diagnóstico, aí eu não gostei, porque os que eu acompanhei, não foram assim, as amigas que eu tenho próximas não foram assim. O médico foi dar um diagnóstico pelo que eu falava, aí pensei, 'não, não gostei, não é isso que eu quero...' e perguntei, 'você vai encaminhar para alguma psicopedagoga, psicólogo?' , aí ele 'não, tá muito cedo, vamos andando com o tempo', aí eu fiquei assim 'não gostei'."

Através da descrição de Patrícia é possível perceber que como Caio apresentava um comportamento diferente (marcado pela impulsividade e pela oposição), ela foi em busca de explicações e de encaminhamentos para saber como intervir, o que a fez levar Caio ao psicólogo, ao psiquiatra e, por fim, ao neuro. Contudo, ele deu o diagnóstico, mas não da forma como ela acompanhou no caso dos filhos de suas amigas. O médico na primeira consulta já deu o diagnóstico, baseando-se apenas no relato dela.

“Aí estou aguardando passar mais um pouco essa questão da pandemia, pra poder levar ele em Teresina, as meninas até disseram, ‘não, mas aqui tem neuros bons’, aí eu ‘não, mas eu não gostei’. Em relação à saúde aqui a gente tem poucas opções pra tá visitando, infelizmente, é uma cidade que é grande, mas a gente tem poucas opções, aí eu pretendo levar ele em Teresina, pra realmente ter um acompanhamento bem mais explanado pra eu saber o que ele tem.” (Patrícia).

A mãe precisa *saber o que ele tem*. Por perceber que o diagnóstico não proveio de uma boa análise, Patrícia continuará o processo diagnóstico.

“E sobre as aulas, como ele está? Já ficou alguma vez reprovado ou de recuperação?”

“Lá em Teresina, na alfabetização, pedimos pra ele repetir porque víamos alguma dificuldade. Mas aí depois a gente descobriu que a dificuldade era um problema de visão que ele tinha, que a gente não sabia, que a professora que disse também pra gente. Ela disse ‘olha mãezinha, eu acho que o Caio tem algum problema de visão, porque eu coloco ele no meio e ele fica reclamando diz que não lê, que não enxerga a letra’, aí a gente deixou ele reprovado por isso, descobrimos que é um problema de visão que ele tem.”

“Depois disso ele não ficou mais reprovado?”

“Não ficou mais. Ficou de recuperação, mas por brincadeira dele, porque com as aulas remotas, nas aulas online, as vezes ele estava assistindo aula, aí ia lá no jogo, ativava o jogo, entrava na sala do jogo e colocava tudo no silencioso. E como a gente deixava ele no quarto, mais à vontade, pra não atrapalhar tanto, mas com a porta aberta, mas mesmo assim ele ainda fazia o que não era pra fazer no horário das aulas. Então devido isso ele tirava nota baixa, mas por outro motivo não.”

A dificuldade que lhe fez repetir de ano, ainda em Teresina, foi um problema de visão. Caso não tivesse sido percebido isso, seu *não conseguir* ver o que tinha no quadro, ficar mexendo-se no cadeira para tentar uma posição para enxergar melhor, estar falando à professora que não estava conseguindo acompanhar; poderiam ter sido colocados como mais alguns fatores ligados à hiperatividade? Talvez, sim, pois, estava-se observando dificuldades nele para a explicação do não-aprender. Mas foi encontrada outra explicação: o problema de visão.

Na nova situação, não encontra-se explicação para o comportamentopositor e impulsivo de Caio, logo, busca-se uma análise médica, para saber qual a desordem e receber a prescrição das intervenções.

Mas, e a mudança no comportamento de Caio ao sair da Escola Alfa para a Escola Beta? Por que antes ele era constantemente levado à diretoria, e deixou de ser? Por que passou a ser participativo nas aulas, chegando a ajudar os professores sobretudo nas aulas online, onde sua habilidade com a tecnologia vem sendo utilizada também por estímulo dos professores?

Em entrevista com Catarina:

“Como é o comportamento do Caio durante as aulas?”

“Teria dois momentos. No início do ano, dos dois primeiros meses que eram presencias, ele um pouco que atrapalhava a turma, porque ele sempre chamava um pouco de atenção,

conversava com os colegas, não fazia as atividades durante a aula, muitas vezes trazia respondida as de casa, mas as de classe ele enrolava um pouco no tempo, isso durante as aulas presenciais. Quando passou para o ensino remoto, o Caio mudou. Mudou para melhor, se tornou aquele que interagia, participava, e ajudava também durante o momento online onde ocorriam essas aulas remotas. Inclusive quando era pra compartilhar a tela, compartilhar alguma informação, algo que na hora eu não conseguia, ele imediatamente colocava no chat, ele ajudava sempre. Eu acabei atribuindo esses trabalhos a ele. Por exemplo, correção de uma atividade, ao mesmo tempo que eu corrigia ele já estava colocando no chat para os colegas.”

“E como é a interação dele com o professor e com os colegas?”

“É boa, ele é muito comunicativo, tem facilidade em fazer amizades.”

“Como você percebe o processo de ensino-aprendizagem dele?”

“Como eu disse, acredito que ele evoluiu muito durante o ensino remoto, ele sempre se destacava durante as aulas online.”

“Com relação às metodologias, como você percebe a relação dentro do processo de ensino-aprendizagem?”

“Eu acredito que você esteja falando de fazer projetos... Eu acredito que seja fundamental, você tirar o aluno da parte teórica e levar para a prática, faz parte também desse processo de ensino-aprendizagem, é importantíssima, principalmente para crianças que já tem esse déficit de atenção, então é uma forma de chamar, de trazer para o cotidiano, para a realidade do aluno.”

Mas, o que Caio traz sobre a escola?

Na entrevista com ele, conforme solicitado, ele fez um desenho com o tema “Caio em casa” e outro com o tema “Caio na escola”. Sua entrevista ocorreu no mesmo dia da entrevista com sua mãe, Patrícia. Ao fim da entrevista com ela, expliquei como seria a entrevista com Caio e pedi para agendarmos um dia, ao que ela disse que achava que ele já havia acordado. Ela então lhe perguntou se ele queria participar e ele logo aceitou.

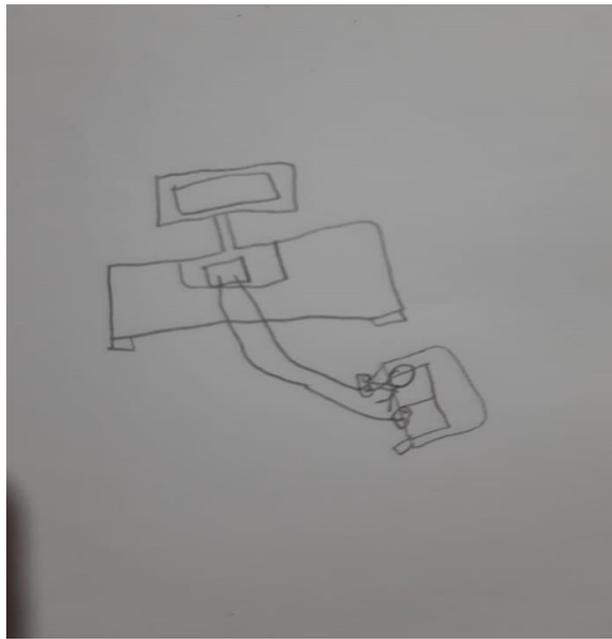


Figura 5: “Caio em casa”.

“Basicamente, primeiramente eu gosto de coisas mais intelectuais, jogos, essas coisas. Não gosto muito de... assim, jogar bola eu gosto, mas ultimamente eu gosto mais de jogar virtualmente, online, essas coisas, e eu gosto muito de jogar video-game, um tal de free fire, que eu não sei se a senhora conhece, eu também jogo muito. E esse desenho é relativamente falando dos meus jogos na TV e em casa, e é isso.”



Figura 6: “Caio na escola”.

“Assistindo aula online.”

“Você no computador assistindo aula online. E essa aula é de que?”

“De matemática, pode ser qualquer uma, por exemplo história, eu gosto muito de História.”

“Essa aula do desenho foi nesse ano em casa, aula online. Você achava melhor presencial?”

“Aham. A gente não estaria tão só como estudante, a gente estaria em uma sala, maia aberta, com as outras crianças. É mais divertido, do que estudar sozinho na frente de um computador. Eu acho muito ruim, estudar online.”

É possível perceber como o comportamento de Caio acompanha ao que ocorre em seu meio. Ele também traz que gosta bastante de atividades que envolvam tecnologias e jogos. Assim como ele se comportou diferente, em escolas diferentes, com metodologias e professores diferentes, na modalidade online ele também se comporta de uma forma nova – mesmo que prefira a modalidade de aulas presenciais, conforme ele traz.

Ele acha muito ruim estudar online. Contudo, a professora relatou como ele a ajuda durante as aulas remotas, pois sabe utilizar bem as novas tecnologias, e ela investe nessa sua potencialidade, fazendo com que ele fique envolvido durante as aulas. As aulas online envolvem um componente que Caio gosta, as tecnologias, o que pode ser um fator importante para a motivação e, nessa modalidade, ele vem destacando-se positivamente.

É possível perceber que há várias fases na trajetória escolar de Caio: escola em Teresina, ingresso em Parnaíba no Colégio Alfa, mudança para o Colégio Beta e, no momento da pesquisa, aluno do colégio Beta na modalidade online. Da mesma forma, o modo como Caio se comportou e se comporta em cada uma dessas fases de seu processo de escolarização também é diferente, respondendo ao contexto/meio ao qual está inserido, o que inclui a metodologia da escola, os professores e a modalidade de ensino.

Considerações finais

A partir da análise dos dois estudos de caso em psicologia escolar realizados com crianças de escolas particulares da cidade de Parnaíba-PI e que são diagnosticadas com TDAH, observou-se a presença do olhar dominante no que diz respeito à explicação do TDAH: a visão da corrente organicista. Percebe-se que nas posturas descritas por família e escola diante do comportamento das crianças, foram buscadas explicações para o comportamento manifestado pelas crianças à luz do olhar médico e de especialistas da saúde, para então seguir as intervenções prescritas diante do problema identificado na criança após o processo diagnóstico (no caso, o TDAH); em detrimento de ampliar também o olhar para os fatores socioeducacionais que poderiam relacionar-se ao comportamento emergente, o que propõe a perspectiva Histórico-Cultural de explicação do TDAH.

Assim, esse processo revela também a influência do fenômeno da medicalização na compreensão dos problemas que emergem na sociedade. Diante de uma dada situação (no caso,

comportamentos nas crianças marcados por desatenção, hiperatividade ou impulsividade) busca-se respostas, explicações e soluções na própria criança, revelando uma tendência individualizante ao invés de contextualizada.

Por que Caio comportou-se diferente na escola Beta do que se comportava na escola Alfa, não sendo mais constantemente levado à diretoria? Por que houve um crescimento positivo na aprendizagem de Caio na modalidade de ensino online durante a realidade da Pandemia da Covid-19? E por que Renan é avaliado como um aluno de bom comportamento e bastante inteligente pela professora Catarina, mas pela professora antiga foi tratado como se atrapalhasse a aula, chegando a não querer mais retornar à escola?

Observa-se que diante de comportamentos que fogem à normalidade, busca-se explicações através de respostas e soluções em ciências médicas sem, contudo, direcionar um olhar mais amplo para o contexto histórico-cultural no qual esse comportamento tem se expressado.

Percebe-se também, a partir da análise dos casos de Renan e de Caio, como há um empenho na busca por explicações e por *saber o que a criança tem*, para que ela logo comece um processo de intervenções com terapias (tanto psicoterapia, terapia ocupacional, quanto terapia medicamentosa) e então passe a não expressar os comportamentos que então apresentava – sobretudo no contexto escolar. A escola refere-se a isso como positivo, pois logo a criança consegue acompanhar as aulas, de tal modo que o laudo também torna-se determinante na forma como a criança é tratada, o que se percebe quando foi relatada pelas famílias e professores que, por não saber o laudo, tal professor/diretor agiu de determinada forma com a criança; uma vez que se soubesse do laudo teria agido diferente, com maior entendimento e compreensão sobre ele.

Esse processo contribui para a rotulação das crianças e para a crença de que o problema está nelas. Não se busca compreender a realidade dos comportamentos expressos pelas crianças por meio de uma perspectiva de abordagem da corrente Histórico-Cultural, através da promoção de mudanças nos meios em que elas estão inseridas, apenas espera-se que intervenções nas crianças façam com que elas consigam se comportar na escola, sem levar em consideração os efeitos do meio sob o comportamento expresso pela criança, o que recorreria em promoção de mudanças não apenas na própria criança, mas também nos demais espaços nos quais ela está inserida.

Por fim, observou-se também que a realidade das crianças matriculadas em escolas particulares, no que diz respeito às aulas remotas, é marcada por uma proximidade e acompanhamento dos professores e da escola junto à criança, utilizando estratégias para seu envolvimento nas aulas online, sobretudo dando espaço para a utilização das potencialidades das crianças (como a atração por novas tecnologias, no caso de Renan e Caio) em prol do processo de ensino-aprendizagem.

Destaca-se também que a condição financeira dessas crianças, de modo que as novas tecnologias fazem parte de sua rotina para além do horário das aulas remotas, assim como o suporte das escolas particulares no que diz respeito ao formato das aulas online (aulas síncronas e proximidade da relação professor-aluno) fomenta uma maior probabilidade de envolvimento de ambas as partes no processo de ensino-aprendizagem, o que possibilitou também uma manutenção, e até um crescimento, da performance das crianças participantes da pesquisa nas aulas, as quais continuaram frequentando as aulas, participando durante as aulas e mantendo boas notas durante o período de aulas remotas em decorrência das medidas restritivas e de distanciamento social durante a pandemia da Covid-19.

Considerando as descobertas levantadas no presente estudo, indica-se que mais pesquisas com o objetivo de analisar as repercussões do diagnóstico de TDAH na vida de crianças de escolas privadas possam ser realizados no Brasil, em outras realidades regionais, e também com outras metodologias em adequação à realidade que for se formando no processo de superação da Pandemia e das medidas restritivas de distanciamento social. As limitações do estudo dizem respeito à adequação que teve que obedecer para ser realizado no contexto de Pandemia, sendo assim realizado de modo totalmente virtual, o que limitou a forma, o meio de investigação e o contato com os participantes da pesquisa.

Os resultados desse estudo podem contribuir para novas possibilidades de compreensão e de ação frente ao fato TDAH, superando uma compreensão organicista e individualizante, subsidiando também a formação de políticas públicas e de práticas interventivas que considerem o contexto histórico-cultural de emergência do quadro de TDAH, assim como políticas educacionais de formação de professores e de políticas educacionais intersetoriais que integrem a Rede.

5. Síntese Integradora e Recomendações

A presente investigação teve como objetivo principal analisar a repercussão do diagnóstico de TDAH na vida de crianças de Parnaíba-PI através de estudos de caso em psicologia escolar, o que incluiu averiguar a repercussão do diagnóstico de TDAH tanto na vida de crianças de escolas particulares quanto de escolas da rede pública de educação de Parnaíba-PI.

Com relação aos objetivos específicos, o de verificar, através de estudos de caso, de que modo o diagnóstico de TDAH repercute na vida de crianças de escolas da rede pública de ensino de Parnaíba-PI, assim como o de compreender de que modo os familiares da criança diagnosticada com TDAH percebem a criança e o transtorno e o de apreender os significados e as práticas escolares da comunidade escolar frente aos casos das crianças diagnosticadas com TDAH, foram respondidos no Estudo 1 desta pesquisa.

Os objetivos específicos de investigar os impactos do diagnóstico de TDAH na vida de crianças de escolas da rede privada de Parnaíba-PI, por intermédio de estudos de caso, bem como de compreender de que modo os familiares da criança diagnosticada com TDAH percebem a criança e o transtorno e de apreender os significados e as práticas escolares da comunidade escolar frente aos casos das crianças diagnosticadas com TDAH, foram respondidos no Estudo 2.

A partir desta pesquisa foi possível estabelecer que as reverberações do diagnóstico de TDAH ocorrem em um contexto social marcado pela Medicalização – fenômeno cada vez mais presente no cotidiano da sociedade atual – assim como pela visão da Corrente Organicista de explicação do TDAH, dominância essa da referida corrente de compreensão possibilitada pelo contexto medicalizante e individualista. Assim, o diagnóstico gera reverberações na vida da criança antes mesmo de concretizar-se: ainda no *processo diagnóstico*, quando a criança passa a frequentar especialistas da saúde no intuito de *descobrirem o que há de errado com ela*.

As intervenções (medicamentosas e de demais terapias, sobretudo psicoterapia e terapia ocupacional) são as soluções para o problema encontrado: no caso, o TDAH.

Esse processo e o resultado diagnóstico levam a criança a assimilar sobre ela o rótulo do TDAH e as características do transtorno, sobrepondo-se a suas demais características, pois essa também é a forma com que as pessoas dos contextos nos quais ela está inserida (família e escola) passam a percebê-la. Assim, as características “inteligente, carinhoso, protetor...” são sobrepostas por características vistas como negativas nessas crianças “impulsivo, agressivo, hiperativo...”. Contudo, quando aquelas características são colocadas em evidência, percebe-se também o potencial da criança, para além dos rótulos dos laudos que as encobrem.

Com relação às realidades distintas das crianças matriculadas na rede pública de ensino e na rede particular de ensino da cidade de Parnaíba, percebeu-se que conforme o modo de ensino (assíncrona, nas escolas públicas; e síncrona, nas escolas particulares), há divergências na motivação e no envolvimento da criança durante a aula, no qual as crianças que recebiam aula na modalidade assíncrona não eram ensinadas em uma proximidade com a professora, sendo que até mesmo o contato da pesquisadora com as professoras foi dificultoso. Já nos casos das crianças com aulas síncronas, há um envolvimento das crianças durante as aulas e as professoras tem uma relação próxima no acompanhamento do aluno, notando inclusive seus gostos e habilidades (com tecnologia, por exemplo) para atrair os alunos para as aulas, dando-lhes inclusive funções de acordo com suas habilidades para ajudá-las.

Nota-se assim a influência do meio sobre o comportamento, de modo que, mesmo com o diagnóstico de TDAH, as crianças concentraram-se nas aulas síncronas, eram participativas e até tiveram um crescimento observado pelas professoras nesse modo de ensino,

em que eram motivadas pelas professoras, as quais encontraram formas e metodologias que envolvessem e atraíssem as crianças durante as aulas, e elas corresponderam.

Isso reforça que a aprendizagem não é apenas função do aluno, mas é também influenciada e possibilitada pelo ensino: por isso a ligação “ensino-aprendizagem”. Reitera-se, então, que outros comportamentos das crianças também podem ser observados à luz de fatores que corroborem com eles, para além da centralização na criança.

Nos estudos de caso, é possível observar o lugar do rótulo diagnóstico na vida das crianças que, após serem diagnosticadas, em um fluxo de encaminhamento que vai do campo da Educação para o campo da Saúde (interpretando-se assim as queixas pela vida do biológico, demonstrando a influência da Medicalização), passam a ser mais compreendidas na escola por conta do diagnóstico que explica seu problema assim como passa também a incorporá-lo ao que ela é.

Também destaca-se a idade das crianças ao receberem o diagnóstico, das quais a maioria estava com 6 anos, levantando a necessidade de um olhar para cada criança de modo ampliando para que ocorrências histórico-culturais também perpassam esse período, assim como para o contexto nos quais emergiu a queixa: a escola. O desconhecimento da realidade da escola leva a compreendê-la de duas formas: ou idealizando-a (“A escola é ótima” – logo, os problemas estariam nos alunos) ou abstraíndo-a (esquece-se da escola no processo diagnóstico e compreensão da queixa da criança, olhando apenas para ela).

As limitações do estudo dizem respeito à adequação que teve que obedecer para ser realizado no contexto de Pandemia, sendo assim realizado de modo totalmente virtual, o que impossibilitou contato com alguns personagens da vida das crianças, como as professoras as quais não conseguiu-se manter contato, pois os familiares não tinham mais o contato delas.

Também não pode-se estar presente nos lugares que perpassam a vida das crianças participantes, como a casa e a escola.

Os resultados dessa pesquisa podem servir para respaldar a importância de pensar intervenções para além das intervenções na própria criança, uma vez que projetos de intervenções e modificações nos fatores socioeducacionais (o que inclui o ambiente escolar, familiar e demais ambientes aos quais a criança faz parte) tem potencial para promover novas possibilidades de comportamento para a criança, visto que tal comportamento se manifesta em determinados contextos. Isso mostra a relevância do olhar da Corrente Histórico-Cultural para buscar uma compreensão ampliada de cada indivíduo, considerando e buscando driblar as lentes colocadas pelo fenômeno da medicalização, para propor novas alternativas de consideração ao fato TDAH.

Assim, os resultados apresentados podem servir para subsidiar maiores reflexões à escola e à família sobre os diagnósticos, assim como ajudarem profissionais da psicologia, da escola e a família no processo de atenção às crianças que apresentam os comportamentos típicos do TDAH.

Recomenda-se a efetivação de Políticas educacionais de atendimento à diversidade, por meio de estratégias de diversificação dos métodos de ensino, assim como de Políticas curriculares que possam dar protagonismo às Artes e Educação Física escolar, uma vez que, na perspectiva histórico-cultural, o esporte e o acesso à arte podem colaborar com o desenvolvimento das pessoas em escolarização, visto que assim amplia-se o olhar em direção às demais possibilidades de disciplinas e de atividades no contexto do aluno.

Recomendam-se também políticas de melhoria da educação, que articulem a relação família-escola, considerando seu lugar enquanto instituição-referência não só para a família, mas para toda a comunidade escolar, difundido assim que o olhar para os comportamentos da criança não deve ser individualizante, mas considerar todos os demais aspectos que o perpassam.

Recomenda-se por fim uma articulação entre as políticas educacionais intersetoriais – envolvendo educação e saúde, e educação e assistência – que possam colaborar diretamente com crianças da rede pública e privada.

Indica-se que mais estudos com os objetivos de investigar as repercussões do diagnóstico de TDAH na vida de crianças diagnosticadas com TDAH sejam realizados, a fim de somarem-se a esse e a outros estudos e assim poder-se construir uma base sólida de conhecimento científico a esse respeito, podendo então fomentar novas possibilidades de compreensão e de ação frente ao fato TDAH, superando uma compreensão organicista, reducionista e medicalizante, para assim subsidiar a formação de políticas públicas e de práticas interventivas que considerem o contexto histórico-cultural de emergência do quadro de TDAH.

O presente estudo teve como diferencial ter sido realizado em um contexto de Pandemia, o que, contudo, delimitou e limitou, por exemplo, o modo como a coleta de dados foi realizada. Indica-se que mais estudos com o objetivo de analisar as repercussões do diagnóstico de TDAH na vida de crianças possam ser realizados no Brasil, e também com outras metodologias em adequação à realidade que for se formando no processo de superação da Pandemia e das medidas restritivas de distanciamento social.

5. Referências

- Aguiar, L. (2014). *Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática*. Summus Editorial.
- Andrada, C. F. (2018). O método no centro. *Psicologia USP*, 29(2), 236-245.
- André, M. E. D. (1995). *Etnografia da prática escolar*. São Paulo: Papirus.
- André, M. (2013). O que é um estudo de caso qualitativo em Educação? *Educação e Contemporaneidade*, 22 (40), 95-103.
- Angelucci, C. B. (2013). Prefácio. In.: Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Armstrong, T. (2019). *O mito do TDAH infantil: 101 maneiras de melhorar comportamento e a atenção do seu filho sem medicamentos, rótulos ou coerção* (Roberto Melo Moraes, Trad.). Barueri: Manole.
- American Psychiatric Association - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.) (5. ed.) – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Barbosa, D. R., & Souza, M. P. R. (2012). Psicologia educacional ou escolar? Eis a questão. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 163-173.
- Barbosa, D. R., & Souza, M. P. R. (2009). História da Psicologia: contribuições da etnografia e da história oral. *Temas em Psicologia*, 17(1), 81-91.
- Barkley, R. A. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento (3a ed.) (Ronaldo Cataldo Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bittencourt, C. P. (2019). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na infância e adolescência: abordagem clínica e terapêutica*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Centro Universitário Unifacig, Manhuaçu.
- Braga, S. G. (2017). *De mediações a medicações: avaliação-intervenção psicológica de queixas escolares em casos de diagnóstico de TDAH*. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Marilene Proença Rebello de Souza.
- Brzozowski1, F. S., & Diehl, E. E. (2013). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico? *Psicologia em Estudo*, 18 (4), p. 657-665.
- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), p. 559-566.

- Caliman, L. V. (2009). A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, 21 (1), 135-144.
- Caliman, L. V. (2010). Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30 (1), 46-61.
- Caliman, L. V. (2013). Os biodiagnósticos na era das cidadanias biológicas. In.: Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Candeira, B. S. (2019). *Medicalização da educação: um estudo sobre as repercussões no autoconceito de crianças e adolescentes*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Piauí, Parnaíba-Piauí.
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (2015). *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização* (2a ed.). São Paulo: Ed.Autor.
- Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. (2013). *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P., & Leiter, V. (2004). *Medicalization, markets and consumers*. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, extra issue, pp. 158-176. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7956552_Medicalization_Markets_and_Consumers
- Costa, T. S., Damasceno, M. A., Fonseca, T. S., & Negreiros, F. (2019). Papel do professor face à medicalização: estudo exploratório no território brasileiro. *Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação*. ISSN 2175-3520, (49).
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Domitrovic, N., & Caliman, L. V. (2017). As controvérsias sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato. *Psicologia & Sociedade*, 29.
- Eidt, N.M. (2004). *Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: diagnóstico ou rotulação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Eidt, N.M., & Tuleski, S. C. (2010). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Cadernos de Pesquisa*, 40 (139), p.121-146.
- Faraone S., & Bianchi, E. (2013). Medicalización de la infancia a través del análisis del transtorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) em Argentina: usuários,

- psicofármacos y manuales de diagnóstico. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa* (Roberto Cataldo Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Focus (2019). Excesso de medicação para TDAH? Novas estatísticas apontam o contrário na Inglaterra... E No Brasil?. Disponível em: <http://focustdah.com.br/2019/03/07/estatisticas-medicacao-tdah/> Acesso em: 15 de abril de 2021
- Girão, M. S., & Colaço, V. F. R. (2018). TDAH na infância contemporânea: um olhar a partir da sociologia da infância e da psicologia histórico cultural. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1).
- Gomes, C. A. V., & Simoni-Castro, N. (2017). Medicalização escolar em periódicos de psicologia e educação no triênio 2010-2012. *Psico-USF*, 22(3), pp. 425-436. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220304>.
- Guzzo, R. S. L. (2008). Formando psicólogos escolares no Brasil, dificuldades e perspectivas. In: Wechsler, S. M. *Psicologia escolar: pesquisa, formação e prática* (3ª ed.). Campinas: Editora Alínea.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (3a ed.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. (2021). Recuperado em 21 de abril de 2021 de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/parnaiba/panorama>
- Ivanoski, T. A. S. (2017). *O atendimento educacional especializado a alunos com TDA/H matriculados em escolas particulares do Distrito Federal: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Educação, Faculdade de Educação da Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF.
- Kastrup, V. (2004). A apredizagem da atenção na cognição inventiva. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 7-16.
- Klein, T., & Lima, R. C. (2020). Mais além dos transtornos do neurodesenvolvimento: Desdobramentos para a infância e a educação. *Movimento-revista de educação*, 7(15).
- Leite, H. A. (2015). *A atenção na constituição do desenvolvimento humano: contribuições da psicologia histórico-cultural*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Orientador: Marilene Proença Rebello de Souza.
- Leite, H.; & Souza, M. P. R. (2017). A importância das ações educativas para o bom desenvolvimento da atenção: aspectos da neuropsicologia luriana. In: Leonardo, N.T.;

- Leal, Z.; Franco, A.. (Org.). *Medicalização da Educação e Psicologia Histórico-Cultural: em defesa da emancipação humana*. 1ed. Maringá: EDUEM, v. 1, p. 159-192.
- Leite, H. A., & Tuleski, S. C. (2011). Psicologia Histórico-Cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 15 (1), p. 111-119.
- Maia, M. I. R.; & Confortin, H. (2015). TDAH e aprendizagem: um desafio para a educação. *Perspectiva*, Erechim, v. 39, n. 148, p. 73-84.
- Martinez, A. M. (2010). O que pode fazer o psicólogo na escola? *Em Aberto*, 23 (83), p. 39-56.
- Martucci, E. M. (2001). Estudo de caso etnográfico. *Revista de Biblioteconomia de Brasília*, 25 (2), pp. 167-180.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2011). O lado escuro da dislexia e do TDAH. In.: *A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos*. Maringá: EDUEM, 103-153.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2013). Medicalização: o obscurantismo reinventado. In.: Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2014). Mais de um século de patologização da educação. *Fórum*, Ourinhos, 1(1), pp. 50-64, jul./dez.
- Negreiros, F., & Brito, M. S. (2016). Queixas escolares e desenvolvimento infantil no ciclo alfabetizador: uma experiência de extensão universitária. *Revista Ensino Interdisciplinar*, 2(6). Mossoró.
- Negreiros, F., da Silva Fonseca, T., & dos Santos Costa, T. (2019). Patologização da timidez: concepções de professores do ensino fundamental. *Revista Práxis Educacional*, 15(36), p. 61-83. Doi: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v15i36.5860>
- Negreiros, F, & Maia, J. B. D. (2020). *Psicologia escolar, atuação político-legislativa e luta antimedicalizante*. Curitiba, PR: CRV – Coedição: Teresina, PI: EDUFPI.
- Negreiros, F. (org.). (2021). *Palavras-chave em psicologia escolar e educacional* (1 ed). Campinas: Alínea.
- Novas, C., & Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29(4), 485–513. doi:10.1080/03085140050174750
- Oliveira, I. B. (2013). O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. In.: Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.

- Oliveira, A. (2020). Etnografia e Pesquisa Educacional a partir de Antropologia Interpretativa. *Revista Eletrônica de Educação*, 14, p. 1-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.14244/198271992795>
- Oliveira, F., & Souza, M. P. R. (2013). O que dizem os projetos de lei sobre dislexia e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: contribuições da psicologia escolar. In.: Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Pani, S. G. B. ; Souza, M. P. R. (2018). Da Medicalização à Multideterminação da Queixa Escolar: O Caso do TDAH. In: Amarante, P., Pitta, A. M. F., Oliveira, W. F., et al. (Org.). *Patologização e Medicalização da Vida: Epistemologia e Política*. 1ed. São Paulo: Zagodoni Editora, v. 1, p. 83-91.
- Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Pimenta, P. C., Silva, A. C. B., & Pelli, A. (2020). Crianças e adolescentes com TDAH no ambiente escolar: revisão bibliográfica. *Revista Contemporânea de Educação*, 15(33), 43-53.
- QEDu. (2020). Recuperado em 21 de abril de 2021 de: <https://www.qedu.org.br/busca/118-piaui/4761-parnaiba>.
- Ramos, M. N. (2018). Ensino Médio na Rede Federal e nas Redes Estaduais: por que os estudantes alcançam resultados diferentes nas avaliações de larga escala?. *Holos*, 2, 449-459.
- Rocha, J. S., Dreon, M., & Valle, I. R. (2020). Patologização e medicalização de alunos com diagnóstico de TDAH. *Atos de Pesquisa em Educação*, 15(4), 1042-1064.
- Rockwell, E., & Ezpeleta, J. (1983). La escuela: relato de un proceso de construcción teórica. *Universidad Pedagógica Nacional*, 12, II semestre.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2).
- Rueda, F. J. M. (2017). Relação entre os testes de atenção concentrada (TEACO-FF) e de atenção dividida (AD). *Psicologia argumento*, 28(62).
- Santos, A. A. C., & Souza, M. P. R. D. (2005). Cadernos escolares: como e o que se registra no contexto escolar?. *Psicologia escolar e educacional*, 9(2), 291-302.
- Sato, L., & Souza, M. P. R. D. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia Usp*, 12(2), 29-47.
- Scarin, A. C. C. F., & Souza, M. P.R. (2020). Medicalização e patologização da educação: desafios para a psicologia escolar e educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24, e214158. Epub em 21 de agosto de 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-35392020214158>

- Signor, R. C. F., Berberian, A. P., & Santana, A. P. (2017). A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. *Educ. Pesqui.*, 43 (3), p. 743-763. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201610146773>
- Silva, L. M., & Canavêz, F. (2017). Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, 17(3), pp. 117-129. Doi: <https://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.5813>
- Siqueira, A. R., & Nogueira, M. A. D. L. G. (2017). Focalizando um segmento específico da rede privada de ensino: escolas particulares de baixo custo. *Educação e Pesquisa*, 43(4), 1005-1022.
- Sousa, A. D. F., Coimbra, I. M., Castanho, J. M., Polanczyk, G. V., & Rohde, L. A. (2020). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP*. Rio Grande do Sul.
- Souza, M. P. R. (1996). *A queixa escolar e a formação do psicólogo*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Souza, B. P. (2007). *Orientação à queixa escolar* (1ª ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, M. P. R. (2010). *Ouvindo crianças na escola: abordagens qualitativas e desafios metodológicos para a psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, M. P. R. (2010). Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (Org.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 57-68.
- Souza, M. P. R. (2017). A psicologia escolar brasileira em uma perspectiva crítica e a psicologia histórico-cultural. In: Beaton, G. A, Calejon, L. M. C., & Elejalde, M. F. *Enfoque histórico-cultural: problemas de las prácticas profesionales*. São Paulo, SP. Terracota editora (Série ECOS).
- Tanamachi, E. R., & Meira, M. E. M. (2003). A atuação do psicólogo como expressão do pensamento crítico em psicologia e educação. In: Meira, M. E. M., & Antunes, M. A. M. *Psicologia escolar: práticas críticas* (2a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teodoro, J. S., & Cruz, L. A. N. (2020). Medicalização da infância. *Olhares & Trilhas*, 22(2), 163-182.
- Tuleski, S C., Franco, A. F., & Mendonça, F. W. (2021). *Orientações a pais e professores sobre a medicalização da infância: desenvolver para não medicar*. Paranavau: EduFatecie.
- Untoiglich, G. (2013). Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância? In.: Collares, C. A. L.,

- Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. C. F. *Novas capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos* (1a ed.). Campinas: Mercado de Letras.
- Viégas, L. S. (2007). Reflexões sobre a pesquisa etnográfica em Psicologia e Educação. *Diálogos possíveis*, 10, 104-105.
- Viégas, L. S. (2016). O atendimento à queixa escolar na educação pública baiana. *Revista Entreideias: educação, cultura e sociedade*, 5(1)
- Viégas, L. S. (2020). Psicologia Escolar e Educacional no Brasil: a importância da autocrítica In.: Oltramari, L. C., Feitosa, L. R. C., & Gesser, M. (orgs.). *Psicologia Escolar e Educacional: processos educacionais e debates contemporâneos*. Florianópolis : Edições do Bosque UFSC/CFH.
- Viégas, L. S., & Carvalhal, T. L. (2020). A medicalização da/na educação em uma perspectiva interseccional: desafios à formação docente. *Movimento-revista de educação*, 7(15).
- Vizotto, L. P., & de Andrade Ferrazza, D. (2017). A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas ea banalização da prescrição de psicofármacos. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 214-224.
- Vygotsky, L. S. (1996). *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fortes.
- Zanetti, M. S. (2017). Pesquisa qualitativa no contexto da Educação no Brasil. *Educar em Revista*, 65, p. 149-166.
- Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), p. 1859-1868. DOI: 10.1590/1413-81232014196.03612013

ANEXO A – PARECER APROVADO PELO CEP-UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnósticos de TDAH e Medicalização da vida: um estudo etnográfico com crianças das camadas populares

Pesquisador: BRUNA SARAIVA CANDEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31860720.2.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.077.512

Apresentação do Projeto:

Desenho:

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa, seguindo o método do tipo etnográfico. A etnografia é um método de pesquisa oriundo da antropologia social e etimologicamente significa "descrição cultural". É um importante instrumental no sentido de compreender como os processos sociais são construídos e dinamizados pelas pessoas em seu dia-a-dia (Viégas, 2007; Sato & Souza, 2001). Vale destacar que o presente estudo será realizado através de estudos de caso etnográficos, ou seja, através da aplicação da abordagem etnográfica ao estudo de caso – dentro da abordagem qualitativa de pesquisa e dentro da perspectiva etnográfica de pesquisa (Martucci, 2001). Como participantes, quatro crianças com diagnóstico de TDAH matriculadas na Rede Pública de Ensino de Parnaíba-PI. Após a aprovação do Comitê de Ética, serão visitadas escolas públicas da cidade, em busca de instituições que tenham matriculados alunos com diagnóstico de TDAH. Após um período de observação e participação da rotina escolar, em diferentes âmbitos e momentos, a fim de permitir à pesquisadora conhecer e participar do contexto da pesquisa, serão convidadas quatro crianças para participarem do estudo, onde, através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será explicado para ela e para seus pais e/ou responsáveis acerca do objetivo da pesquisa e da importância de sua participação na mesma. A partir disso, delimitados os casos a serem acompanhados, adentrar-se-á com a criança em seu cotidiano, incluindo

**ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PAIS
E/OU RESPONSÁVEIS**

Dados do responsável

Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Naturalidade: _____

1. Como você descreve o seu filho/criança pela qual é responsável?
2. Como é o comportamento dele em casa?
3. Como é a rotina familiar?
4. O que ele gosta de fazer? Como ele é quando está fazendo isso?
5. O que ele demonstra não gostar de fazer?
6. Como ele é na escola?
6. O que você entende por TDAH?
7. Como foi o processo para que ele fosse diagnosticado com TDAH?
8. Fale sobre o tratamento que vem sendo feito após o diagnóstico da criança.
9. Como a família percebe e age diante do diagnóstico da criança? Vocês concordam com o diagnóstico?

**ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM
MEMBROS DA ESCOLA**

1. Como você descreve a criança que está participando da pesquisa?
2. Como é seu comportamento durante as aulas? E no recreio?
3. Como é a interação dela com os professores? E com os colegas? E com os demais membros da escola?
4. Como você percebe o processo de ensino-aprendizagem dele?
5. O que você entende por TDAH?
6. De que forma você acha que o TDAH interfere no processo de ensino-aprendizagem?
7. Fale sobre como percebe a relação de práticas escolares (metodologia das aulas, projetos...) com o processo de ensino-aprendizagem.

ANEXO D – ROTEIRO DE PRODUÇÃO DE DESENHO PELAS CRIANÇAS

- Com a folha de papel na posição horizontal, faça um traço no meio da folha dividindo-a em dois lados. Faça um desenho com o tema “*nome da criança* na escola”, contando uma história de como é sua vida na escola, nas aulas online, as atividades que gosta de fazer, fale sobre os colegas, sobre os professores, como é para você ter o diagnóstico de TDAH, e o que mais você quiser desenhar sobre sua vida na escola. Agora, na outra metade da folha, faça um desenho com o tema “*nome da criança* em casa com a família”, contando uma história de como é sua rotina e sua vida em casa com sua família, o que você gosta e o que não gosta de fazer.

ANEXO E – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade da criança: _____

Sexo: _____ Naturalidade: _____

Série: _____ Escola: _____

Profissão dos responsáveis: _____

Com quantos anos foi diagnosticado(a) com TDAH? _____

Que série estava cursando? _____

A criança faz uso de tratamento medicamentoso para o TDAH? Se sim, qual a medicação?

A criança tem acompanhamento psicoterapêutico? Se sim, há quanto tempo? _____