

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA



Milena Dzik

PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA:

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TDAH

São Paulo-SP

2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA



Milena Dzik

**PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TDAH**

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para a graduação no Curso de
Psicologia, sob orientação da Profª Drª Rosa Maria Tosta

São Paulo -SP

2024

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Rosa Maria Tosta, por compor minhas reflexões sobre o tema e compartilhar sua experiência.

Ao meu orientador de Projeto de Pesquisa, Paulo José Carvalho da Silva, por auxiliar na organização de minhas ideias acerca do tema, e incentivar-me a pesquisá-lo.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade e por compartilharem de suas visões acerca do tema.

À parecerista, Ana Cristina Marzolla, por aceitar ler o trabalho e somar com as suas impressões.

RESUMO

Este trabalho objetivou compreender os efeitos na infância do uso do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pelo DSM-V. Entendeu-se que esse diagnóstico está imerso em problemáticas que envolvem o universo médico, escolar, familiar e da psicologia. Parte da complexidade do manejo destes casos está intimamente vinculada à ultra medicalização da infância, cujas origens e consequências serão investigadas nesta pesquisa. Visando compreender as dimensões implicadas neste fenômeno, propôs-se como instrumento de produção de dados entrevistas semi-dirigidas com profissionais da educação, psiquiatria e psicologia que atendem crianças diagnosticadas com TDAH. Os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados qualitativamente, considerando a história do diagnóstico, seus efeitos nos processos de ensino-aprendizado e nas práticas de cuidado em saúde mental de crianças. Esperou-se refletir sobre a consistência dos procedimentos de diagnóstico e de tratamento do TDAH de crianças que não atendem às expectativas de comportamento e enfrentam impasses no processo de aprendizagem, e os dados colhidos nas entrevistas possibilitaram tal reflexão. A pesquisa abriu um campo de investigação que ainda pode ser mais explorado e discutido, e elaborações teóricas.

Palavras chaves: TDAH; Medicalização; Patologização; Infância; Aprendizagem.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
OBJETIVOS.....	12
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
SÍNTESE DAS ENTREVISTAS.....	24
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	42

INTRODUÇÃO

As problemáticas em torno do diagnóstico de TDAH são abordadas sob diferentes perspectivas: perspectiva escolar, em que o sistema de ensino é posto em evidência e a dificuldade de aprendizagem e os problemas comportamentais são o principal foco (PRIOSTE, 2016); perspectiva psiquiátrica em que o DSM é o principal alvo de crítica (CAPONI, MARTINHAGO, 2019) e ao mesmo tempo em que há uma valorização de perspectivas de base neurobiológica (HALPERN, ROHDE, 2004); e as perspectivas psicológicas e psicanalíticas que serão melhor abordadas e aprofundadas na pesquisa.

As pesquisas críticas ao diagnóstico do TDAH se posicionam de uma maneira unânime quanto ao fato dele se constituir enquanto um diagnóstico guarda-chuva. Por guarda-chuva entende-se que ele é impreciso, com um excesso de sintomas diferenciados e abrangentes na descrição patológica, de modo que é comum a confusão do TDAH com outros transtornos, e, em muitos casos, é associado a outras doenças como depressão e ansiedade, configurando as chamadas comorbidades (SCHICOTTI, ABRÃO, JÚNIOR, 2016). Além disso, do ponto de vista médico, parte da imprecisão do diagnóstico decorre do fato dele ser essencialmente clínico, sem que haja qualquer marcador biológico capaz de ser detectado, e portanto, suas causas continuam, até o momento, desconhecidas (CAMPOS, MOURA, 2020).

Além das ressalvas quanto ao diagnóstico em si, a forma como ele é construído e pensado também revela um aspecto bastante grave dessa problemática. De modo geral, os diagnósticos têm sido feitos muito rápida e apressadamente, de forma a comprometer a sua precisão, e principalmente, desconsiderar e desprezar a importância do contexto de vida da criança, como se o diagnóstico fosse descolado do sujeito em questão. Azevedo (2018) diz que “A excessiva inquietação pela identificação e classificação de patologias parece sobrepujar a preocupação com a pessoa que delas sofre” (p. 452). Nesse sentido, é possível detectar que parte da origem da chamada patologização e medicalização da infância se encontra na propagação de diagnósticos e transtornos que, ao serem entendidos e configurados enquanto um espectro, se multiplicam de forma imprecisa, abarcando tudo que foge à normalidade (AZEVEDO, 2018).

A ampliação desse discurso científico chega nas escolas e nos comportamentos dos alunos que, por sua vez, passam a ser identificados como desviantes. Na medida em que esses chamados

comportamentos desviantes são isentos, na compreensão geral, de aspectos históricos, contextuais e subjetivos, passam a carregar, do ponto de vista patologizante, algum tipo de déficit químico e/ou neuronal que justifica como primeira e única intervenção, o tratamento farmacológico (BIRMAN, 2007; MOYSÉS, 2001, apud CAMPOS, MOURA, 2020). Um primeiro prejuízo que pode ser identificado quando a intervenção se dá exclusivamente na dimensão medicalizante, e nada além do organismo é considerado, é o fato da criança ser, segundo Campos e Moura (2020), “impossibilitada de dizer algo que venha a se constituir como próprio, muitas vezes amansada e domada, contida em “camisas químicas” – versão contemporânea da camisa de força, outrora usada para refrear agitação violenta” (p. 13).

Ainda que haja uma importância no rastreamento precoce de doenças, a execução desenfreada de avaliações diagnósticas alimenta a compreensão dos problemas infantis como advindos de ordem unicamente individual e que dizem respeito, como já foi citado, a falhas neurológicas da criança (SCHICOTTI, ABRÃO, JÚNIOR, 2014), como se o desenvolvimento infantil fosse recortado de sua porção subjetiva e singular (CAMPOS, MOURA, 2020). Assim, o prognóstico desses casos se restringe a um cuidado único que nada tem a ver com o contexto familiar e escolar, revelando a noção de que cuidar da criança significa levá-la ao especialista indicado pela escola (AZEVEDO, 2018).

Schicotti, Abrão e Júnior (2014) defendem que “no mundo atual, crianças convivem com adultos infantilizados, incapazes de se cuidarem sozinhos e principalmente de oferecer modelos estáveis e seguros para seus filhos. Foi frequente a observação da falta de discriminação entre os lugares de pais e de filhos, da indiferenciação entre o mundo adulto e infantil” (p. 146). No que se refere a essa indiferenciação entre esses dois mundos, Azevedo (2018) argumenta que a lógica do mundo adulto – a obsessão de ganhar, de ser alguém, a cultura da conquista que é, necessariamente, uma cultura da ansiedade – foi transportada para as crianças, de modo que lhes é exigido quase que o mesmo.

Além desse aspecto citado acima, há uma outra noção transportada do mundo adulto para a infância, que se refere ao uso da medicina. Campos e Moura (2020) argumentam que “o progresso da nossa civilização torna-se sinônimo de redução de sofrimento, mediante a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas e controle dos riscos e doenças crônicas” (p. 13), o

que revela uma extrema intolerância a dor (em seu sentido ampliado) que, por sua vez, está intimamente ligada ao fenômeno da hipermedicalização, trazida para a infância com ênfase no TDAH.

Na medida em que as perspectivas médica e psicanalítica partem de concepções distintas sobre o sujeito, o resultado de suas intervenções certamente serão distintos. O grande mote dessa diferença de concepções se refere às novas formas de ser e de sofrer. Enquanto a medicina encara os sintomas do TDAH como uma doença, a psicanálise os concebe enquanto possibilidades que o sujeito tem de dar sentido às suas angústias e conflitos psíquicos (SCHICOTTI, ABRÃO, JÚNIOR, 2014).

Campos e Moura (2020) apresentam um ponto de vista interessante sobre o discurso psicopatológico organicista dominante – representado pela perspectiva médica – enquanto aquele que possui o estatuto da “verdade”. Pois, “medicalizar” ou “tornar médico” significa desconsiderar os saberes do sujeito sobre a sua própria existência, de modo que o saber médico entra como um agente regulador da relação entre as pessoas e suas doenças. Ou seja, há algo externo ao sujeito que o discursa e o determina de forma incontestável. É importante pontuar que esse saber médico - esse outro que sabe mais do sujeito do que ele mesmo - tem espaço para discursar o sujeito em uma sociedade em que as pessoas não tem condições de se observarem, pois isso é algo que deve ser construído, por exemplo, em análise.

Azevedo (2018) traz as visões de Ehrenberg (2010) e Caponi (2012) para contrapor a perspectiva da psiquiatria tradicional guiada pelos manuais diagnósticos. Segundo esses dois autores, os medicamentos seriam drogas que silenciosamente revelam as dificuldades da existência. E a medicalização, portanto, é fruto da necessidade atual de emudecer o sofrimento e as suas particularidades, como se este não fosse parte dos processos de desenvolvimento do ser humano.

A psicanálise, por sua vez, compreende o sofrimento enquanto um sintoma que é parte constituinte do sujeito e imprescindível para a compreensão de suas causas, subjetividade e estruturação psíquica. Desse modo, o desaparecimento do sintoma – resultado da medicalização – significa uma impossibilidade de compreensão do sofrimento. Ou seja, antes de serem eliminados por um psicofármaco, os sintomas devem ganhar uma significação (CAMPOS, MOURA, 2020).

Campos e Moura (2020) dialogam com a perspectiva de Azevedo (2018) de que a articulação do tratamento “se refere a ouvir o que o paciente – o sujeito criança – tem a dizer sobre si mesmo e convidá-lo a dirigir sua atenção para sua implicação naquilo de que se queixa, convidá-lo a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete” (p. 456).

Dentro dessa linha de pensamento, de que o sujeito deve ser implicado com sua queixa, Schiotti, Abrão e Júnior (2016) pensam que “o TDAH retirou da família, do indivíduo diagnosticado, bem como dos professores, a responsabilidade por suas deficiências” de forma que, embora tenham sido libertados do julgamento moral que condena o diferente, passam a colar-se nas limitações corporais e físicas que são atribuídas puramente a determinações orgânicas. As consequências dessa biologização do ser humano são graves na medida em que o sujeito, excluído de seus processos, se torna impotente para criar recursos próprios de enfrentamento de sua condição.

A medicalização da infância em larga escala, diante desse cenário descrito, se presta ao silenciamento dos conflitos, os negando. Ainda há um aspecto mais grave para além de negá-los, apontado por Campos e Moura (2020): “Se compreendermos as manifestações comportamentais de crianças diagnosticadas pela medicina contemporânea como TDAH como falhas estruturais em seus psiquismos, [...] ao medicá-las, não só negaríamos o que lhe são singulares, como prejudicaríamos estruturas mentais” (p. 15). Essa colocação direciona a crítica à medicalização da infância, não apenas a um aspecto puramente relativo a uma concepção de sintoma, mas a um alerta da gravidade de se medicalizar sujeitos que estão em um período de desenvolvimento físico e mental de extrema importância (CAMPOS, MOURA, 2020).

Azevedo (2018) argumenta que a medicalização consiste nessa forma de transformar em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram solucionadas de outros modos, sob outras condições. E pensa que tal fenômeno revela uma concepção da relação intrínseca entre o sujeito e o mal-estar. A partir do pensamento de Campos e Moura (2020), pode-se julgar essa relação como uma relação de intolerância, haja vista que a sociedade tem buscado soluções rápidas para questões complexas, que estão levando a graves consequências devido à intoxicação em razão do uso abusivo de medicamentos.

As implicações e os prejuízos à infância do modo como suas “problemáticas” têm sido “solucionadas” são muitas. A começar pelo diagnóstico, Azevedo (2018) problematiza a errônea noção de que ao se saber o diagnóstico, já se sabe o seu prognóstico. E dentro desse raciocínio, diagnosticar vira sinônimo de cuidar, o que mantém a prática desenfreada de diagnosticar qualquer espécie de desvio. O efeito disso, em segundo plano, é a rotulação: o outro vira, pura e simplesmente, uma identidade patológica.

Sobre a formação dessa identidade patológica, Azevedo (2018) amplia as consequências desta epidemia diagnóstica denominada TDAH em diversos âmbitos. A começar pela escola, vê-se que as dificuldades geradas pelas crianças são tratadas de forma a disciplinar comportamentos, a ponto de muitas vezes ocultar problemáticas que envolvem a escola e o sistema educacional. Além disso, no que se refere a família, observa-se que a consequência de encontrar uma etiologia orgânica do TDAH, é a falta de implicação dos pais com os sintomas de seus filhos. Nesse sentido, Schicotti, Abrão e Júnior (2014) argumentam que as instâncias psíquicas fundamentais para o desenvolvimento da capacidade de pensar não são formadas somente pela química cerebral, e que dinâmicas familiares despontencializadoras podem dificultar o desenvolvimento de tal capacidade. Portanto, o cuidado que é destinado às crianças constitui a base da saúde mental para que se desenvolvam.

Pode-se pensar que são, no mínimo, quatro as consequências no desenvolvimento das crianças que estão sendo diagnosticadas e medicadas. A primeira delas se refere à quantidade de crianças saudáveis e inteligentes, com capacidade de aprendizagem, que estão sendo taxadas como portadoras de uma doença, o TDAH, e portanto, medicadas desnecessariamente (SCHICOTTI, ABRÃO, JÚNIOR, 2016). A segunda se refere ao fato das crianças que são tratadas com medicamento atribuírem o seu sucesso e bom desempenho, não apenas no aspecto acadêmico, como também na vida social, exclusivamente ao uso do medicamento, de forma que o sujeito é desconsiderado no processo de melhora (CAMPOS, MOURA, 2020).

A terceira consequência se refere a resultados de pesquisas em que são constatadas graves desdobramentos devido à ingestão de estimulantes. Entre elas, a ocorrência de surtos psicóticos e maníacos em crianças que não teriam qualquer fator de risco identificável de psicose. Essas crianças apresentam episódios de alucinações visuais e táteis (CAMPOS, MOURA, 2020).

A quarta consequência se articula com a anterior no que se refere aos prejuízos advindos da medicalização de sujeitos em período de desenvolvimento. Ghazzi e Silva (2016) apontam dois aspectos importantes a serem levados em consideração sobre a infância. Primeiro, deve-se levar em consideração o caráter efêmero do sintoma nessa fase para que o sujeito não fique aprisionado em uma psicopatologia que consolide a sua identidade, pois apesar de sua importante significação, é comum que sintomas da infância sejam passageiros. Segundo, deve-se levar em consideração o fato de que, nesses primeiros anos de vida, as estruturas psíquicas e cognitivas ainda estão em desenvolvimento e de que há muitos aspectos instrumentais – necessários para o intercâmbio com o mundo e a construção deste e de si mesmo – que ainda não foram adquiridos. Esses dois aspectos alertam para o fato de que interferir nesse processo de formação com medicamentos pode apresentar graves consequências no futuro.

Campos e Moura (2020) trazem uma concepção interessante do fenômeno que caracteriza o sintoma em um contexto de indefinição estrutural e que, portanto, significaria um pedido de cuidado e uma tentativa de resposta, mas fora da lógica de um retorno do recaiado. Como uma espécie de sintoma de outra ordem. Os autores têm como referencial, o pensamento de uma psicanalista argentina chamada Silvia Bleichmar (1993, 2005), que sugere que esses quadros revelam a falta de uma estrutura psíquica capaz de produzir sintomas tais como os concebidos por Freud, devido a falhas no processo inicial de constituição do psiquismo, que impediriam, inclusive, processos de simbolização. Ela denomina essas situações que se referem àquilo que nunca foi fixado ou recaiado como transtornos na constituição psíquica.

Segundo Campos e Moura (2020) Bleichmar parte de uma base freudiana e algumas concepções de Laplanche para pensar essas chamadas falhas na constituição psíquica, “dentre elas a sua teoria da sedução generalizada, para discutir perturbações na instalação do aparelho psíquico, que ficaria impossibilitado de processar os estímulos externos; de organizá-los em representações de palavra, o que consequentemente desarticulária as aquisições iniciais da categoria tempo, espaço e lógica, essenciais para a organização pelo psiquismo da realidade externa” (p. 14). Nesse sentido ela propõe que a intervenção psíquica deve ocorrer no sentido de constituir formas de produção simbólica que recomponham essas falhas estruturais do funcionamento psíquico. Existiria um primeiro momento de proporcionar o pensamento e o registro dos afetos, para posteriormente, haver a interpretação de desejos.

Diante do que foi posto, a relevância social e científica do trabalho reside no fato de que o diagnóstico do TDAH está envolto de diversas problemáticas que envolvem o universo médico, escolar, familiar e da psicologia. Pode-se constatar que a prática da hipermedicalização da infância apresenta diversas ameaças à saúde de muitas crianças que são reféns dessa prática. Nesse sentido, a psicologia tem como dever ético se pronunciar, no sentido de promover mudanças na lógica que sustenta essa prática de diagnosticar e patologizar a infância de forma indiscriminada. Assim como implicar a instituição escolar e a família no manejo dos casos de dificuldade de aprendizagem e mau comportamento, para além do encaminhamento médico.

OBJETIVOS

Objetivos Primários: Tendo em vista a problemática em torno do diagnóstico de TDAH e a forma como ele tem sido empregado no universo escolar, na prática psiquiátrica e no uso da psicologia enquanto ferramenta de tratamento, a pesquisa tem como objetivo principal compreender e

problematizar a busca pelo diagnóstico do TDAH e o seu uso para o entendimento de questões comportamentais e de aprendizagem observadas em crianças, no âmbito escolar.

Objetivos Secundários: Traçar a história do diagnóstico que hoje é denominado TDAH; refletir sobre a tradição psiquiátrica na utilização de fármacos como tratamento para transtornos psiquiátricos; e analisar a escola enquanto agente disciplinador da infância.

MÉTODO

A investigação científica busca a construção de novos saberes e apresentá-los de modo que possam ser incorporados aos conhecimentos já existentes (Mezan, 2006).

Para atender aos objetivos desse estudo, propôs-se uma investigação teórica-qualitativa. A escolha dessa abordagem metodológica visou apreender a complexidade entorno das terapêuticas e práticas de ensino construídas a partir do diagnóstico do TDAH. As etapas dessa pesquisa envolveram a revisão bibliográfica da temática investigada e, posteriormente, a realização e análise dos conteúdos obtidos por meio de entrevistas semi-dirigidas com profissionais da educação, psiquiatria e psicologia, como instrumento de produção de dados. As entrevistas visaram contribuir para responder os objetivos propostos à medida em que os discursos desses profissionais puderam informar sobre os saberes que subsidiam as suas práticas. As entrevistas foram analisadas considerando a história do diagnóstico, os seus efeitos no processo de ensino-aprendizado e nas práticas de cuidado em saúde mental.

Participantes

Os profissionais entrevistados foram: um(a) educador(a), um(a) psicólogo(a) e um(a) psiquiatra. Todos esses profissionais ainda foram elidos de acordo com os seguintes requisitos: ter uma larga experiência com crianças dentro da faixa etária de 6-12 anos e contato próximo, na escola ou no consultório, com crianças diagnosticadas com TDAH.

Instrumento utilizado

Foram feitas entrevistas semi-dirigidas com um roteiro (ANEXO A) elaborado para cada profissional. Esse instrumento permitiu que o pesquisador, além de seguir as questões formuladas previamente, adicionasse questões durante a entrevista que permitiram atingir o objetivo da pesquisa.

Foi solicitado ao participante a gravação da entrevista, e esta foi gravada devido ao o consentimento dos participantes.

Procedimentos éticos

Para garantir que a pesquisa fosse feita dentro dos padrões éticos estipulados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), em que constam os objetivos dessa pesquisa e a garantia da preservação dos dados, da confidencialidade e do anonimato dos indivíduos entrevistados. Não houve discriminação na seleção dos participantes e nem a exposição destes a qualquer tipo de risco.

Procedimentos de análise

Os dados foram analisados à luz das referências teórico-metodológicos adotadas nesse estudo. Dentro de uma abordagem psicanalítica foram elencados temas que aparecerem no discurso dos participantes nas entrevistas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1 - Saúde: Relação Medicina-Psicologia

Para pensar a medicalização e a patologização da infância, faz-se necessário desenvolver uma análise sobre a tradição psiquiátrica da utilização de fármacos, e sobre a forma com a qual esta tradição se relaciona com a Psicologia e com o contexto sociocultural – marcado pela imediatez e pela demanda por soluções rápidas – no qual vem se desenvolvendo.

A utilização de fármacos no campo da psiquiatria tem como base o entendimento de que um substrato biológico de questões comportamentais e afetivas é a razão do desenvolvimento de dificuldades que teriam, por consequência, soluções dentro do campo médico (MOYSÉS, COLLARES, 2020). Nesse sentido, o *Manual diagnóstico de transtornos mentais* (DSM) enquanto importante expressão do discurso neuropsiquiátrico cumpre a “*função de ordenador da discursividade médico-terapêutica sobre o sofrimento*” (SILVEIRA, 2015), de tal forma que vivemos hoje um contexto de medicalização generalizada da existência, sendo a medicalização da infância parte inalienável desse fenômeno.

Esse processo de biologização, em que os problemas inerentes à vida são transformados em distúrbios e doenças e realocados no campo médico de forma a descartar todos os processos psicossociais de sua complexidade e reduzi-los a apenas um aspecto individual e biológico do sujeito relaciona-se aos impactos da mercado-ciência (MOYSÉS, COLLARES, 2020). Trata-se da “*fragmentação do sujeito, notadamente oriunda do reducionismo neurológico do paradigma biomédico que se pretende hegemônico*” (GARBARINO, 2020, p. 142).

A indústria farmacêutica é um elemento importante que compõe a complexidade desse cenário, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento de diagnósticos, quanto às possibilidades de tratamento. Silveira (2015) disserta sobre a relação indissociável entre o TDAH e a Ritalina – medicação com maior índice de prescrição para esse diagnóstico – que foi desenvolvida entre as décadas de 1980 e 1990, e segue até os dias de hoje. O autor argumenta que grande parte da expansão desse diagnóstico se deve às pesquisas científicas pleiteadas pela indústria, que recomendam a ampliação dos critérios diagnósticos para TDAH e, por consequência, o uso destes medicamentos para o tratamento da patologia. Silveira (2015) cita Jerusalinsky (2011) para expressar a ideia de que se cria uma doença com o objetivo preestabelecido de que ela seja tratada com determinado medicamento. Diz ele: “*nada mais prático que atribuir um grande conjunto de sintomas a uma enfermidade (ou síndrome) cuja cura já conta, antecipadamente – supõe-se – com o medicamento apropriado*” (SILVEIRA 2015 apud JERUSALINSKY 2011, p. 231).

Com o intuito de compreender o TDAH enquanto um fenômeno transpassado por vários aspectos sociais e constituído em diferentes etapas, proponho traçar um panorama do histórico deste diagnóstico. Faz-se necessário pontuar que as narrativas e as linhas de pesquisa são diversas,

embora exista uma “história oficial” do diagnóstico, à qual se referem os pesquisadores com perspectivas mais crítica a ela. Este capítulo abará, de forma resumida, o que foi encontrado sobre o tema principalmente em três publicações que o abordam de forma mais objetiva. São elas: “Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH”, de Caliman, 2010; “Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas”, de Silveira, 2015; e “A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância”, de Luengo, 2010.

O TDAH compõe a história dos chamados “distúrbios de aprendizagem”, que podem ser compreendidos, segundo Moysés e Collares (2020), como construções do pensamento médico que surgiram como entidades nosológicas que permanecem até os dias de hoje, porém, agora reconfigurados como transtornos do neurodesenvolvimento que compõem os manuais de psicopatologia. Ao longo da história, os distúrbios de aprendizagem receberam muitos nomes que foram mudando de acordo com as diferentes concepções presentes no cenário da psiquiatria, mas não apenas, em cada momento.

Algo frequente na crítica ao diagnóstico é a referência à sua suposta imprecisão, devido à abrangência dos sintomas por ele abarcados. Embora não seja necessário que todos os sintomas estejam presentes para o fechamento do diagnóstico, são três os que predominaram ao longo da história: a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção, que estabelecem relações diversas entre si, em uma dinâmica de alternância quanto à importância que cada sintoma exerceu na construção dos diagnósticos que hoje denominamos de TDAH (CALIMAN, 2010).

A história da criança com TDAH também muito se relaciona com o universo escolar, na medida em que os sintomas da desatenção, da hiperatividade e da impulsividade, que formam o quadro diagnóstico, se manifestam, principalmente, na escola, uma vez que se relacionam diretamente com as exigências desse ambiente. Esse dado leva muitos pesquisadores do discurso crítico ao diagnóstico a analisarem a história do desenvolvimento do TDAH como a história do controle, da medicalização e da disciplinarização da infância.

Caliman (2010), em seu artigo que será tido como referência da história oficial do TDAH, enfatiza que a vida moral e educacional das crianças é um assunto médico desde o século XIX, e que:

(...) a criança TDAH surgiu na literatura médica da primeira metade do século XX, e, a partir de então, foi batizada e rebatizada muitas vezes. Ela foi a criança com defeito no controle moral, a portadora de uma deficiência mental leve ou branda, foi afetada pela encefalite letárgica, chamaram-na simplesmente de hiperativa ou de hipercinética, seu cérebro foi visto como moderadamente disfuncional, ela foi a criança com déficit de atenção e, enfim, a portadora do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (CALIMAN, 2010, p. 49).

Os pesquisadores críticos à história do TDAH chamam a atenção para a volatilidade, evidenciada no trecho acima, do transtorno, a qual o caracterizaria como um diagnóstico psiquiátrico problemático e duvidoso no que se refere a sua consistência. Pensam eles que o TDAH se situa na fronteira entre as desordens nervosas definidas e indefinidas e as disfunções da vida normal e patológica. Indo mais fundo na crítica, os sintomas que constituem esse diagnóstico, quando patologizados, se associam à cerebrização de funções adaptativas, de modo que o sucesso e o fracasso estão vinculados diretamente à neuroquímica do funcionamento cerebral. Nesse sentido, essa perspectiva corrobora com a patologização dos indivíduos que não são capazes de se adequar às expectativas morais, políticas e econômicas que lhes são exigidas (CALIMAN, 2010).

O mesmo autor nos traz que Barkley (1997), um historiador do TDAH, encontra nas Conferências de George Still, de 1902, a primeira descrição médica do transtorno. Still, o primeiro a oferecer as bases clínicas do diagnóstico e a vincular o transtorno da atenção a um defeito da vontade inibitória, foi quem postulou na literatura médica as origens do TDAH como um defeito do controle moral. Para o historiador, em uma época em que o objetivo era encontrar a sede fisiológica da vontade, da moral e do autocontrole, as análises de Still confirmariam a existência biológica do transtorno. Diz Caliman (2010, p.52) que *“Still foi um, dentre muitos outros, que postulou a existência de uma patologia moral específica, marcada pela desobediência às regras e consensos sociais. Seu nome pode ser incluído na história da naturalização da moral e moralização do natural”*.

Seguindo a cronologia da história do TDAH, a epidemia da encefalite letárgica, uma infecção misteriosa que surgiu no fim da Primeira Guerra Mundial e desapareceu por volta dos anos 1940 é um marco importante, tanto no que diz respeito às descrições médicas, quanto aos seus efeitos políticos e institucionais – foi classificada como uma síndrome amorfa de interesse marginal (CALIMAN, 2010 apud KROKER, 2004). Tratava-se de uma doença que apresentava

sintomas típicos de patologias orgânicas e psicogênicas, e, portanto, um desafio em distingui-los (CALIMAN, 2010).

Sacks (1990) faz uma análise otimista da encefalite no que se refere às mudanças de perspectiva que os neurologistas da época tiveram que promover. A patologia – cuja natureza não era apenas neurobiológica e cerebral – exigiu que muitos médicos considerassem os pacientes como organismos que constituem uma unidade integrada, diferentemente das perspectivas que separam a esfera física da psíquica. Nesse sentido, outro desafio se impôs à neurologia da época: não era possível compreender os sintomas, que eram tão diversos a ponto de cada indivíduo manifestar um tipo de encefalite diferente, sem conhecer a identidade dos pacientes. O interesse em compreender essa enfermidade propiciou um desenvolvimento sobre a fisiologia humana que descrevia o sujeito como um todo físico, químico, biológico, psicológico e sociológico (CALIMAN, 2010). Posteriormente, devido às sequelas neurológicas das pessoas que sobreviveram à doença, ligadas a alterações no comportamento, na linguagem e nas funções cognitivas que, em muitos casos, prejudicavam o processo de aprendizagem das crianças, começou-se a investigar de que forma os problemas escolares poderiam se relacionar com questões neurológicas (SILVEIRA, 2015).

Em 1947, o diagnóstico que dava o nome aos problemas da infância tratados até aqui, era o da Lesão Cerebral Mínima (LCM). No entanto, como não era possível provar a existência de uma lesão cerebral que justificasse a sintomatologia descrita, na década de 1960, a terminologia mudou para a chamada Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que perdurou até o início da década de 1980 (SILVEIRA, 2015). Mesmo o diagnóstico não contendo bases científicas sustentáveis, ganhou muita popularidade nas escolas e nos consultórios médicos e psicológicos, de forma que muitas crianças passaram a ser medicadas com os psicotrópicos que controlavam o comportamento e estimulavam a aprendizagem (LUENGO, 2010).

Silveira (2015) argumenta sobre as possíveis razões pelas quais a DCM teria se tornado tão popular, e o porquê da tamanha admissão de um diagnóstico com tanta ausência de suporte anatomopatológico. Segundo o autor, esse diagnóstico alojava os problemas escolares no interior do discurso médico, possibilitando aos pais e às escolas a não implicação com os outros aspectos

certamente entrelaçados à educação das crianças, tais como familiares, pedagógicos, psicológicos e sociais, sobre os quais lhes caberia certa responsabilidade.

O declínio do diagnóstico do DCM, além de estar ligado à sua imprecisão e a dificuldade em definir um substrato neurológico, muito se relaciona com o contato do pensamento psicodinâmico com os avanços da medicina. Diz Silveira (2015):

(...) entre o final da década de 1960 e início de 1970 houve todo aquele processo de transição dos referenciais psicodinâmicos rumo às formulações da chamada psiquiatria biológica, amparadas, sobretudo, no avanço das biotecnologias, das neurociências e da psicofarmacologia. Nesse sentido, os pesquisadores envolvidos na elaboração dos manuais diagnósticos de psiquiatria estavam empenhados em estabelecer critérios mais válidos e confiáveis para os quadros psicopatológicos em geral. É neste contexto, portanto, que a noção de DCM começou a declinar. [...] Sendo assim, a reboque dessa intenção de instituir contornos mais bem definidos, os distúrbios da linguagem (afasia, dislalia, mutismo seletivo etc.) e os da aprendizagem (dislexia e discalculia) começaram a ser separados do grupo de sintomas relacionados à hiperatividade e à falta de atenção (SILVEIRA, 2015, p. 108).

O uso dos psicofármacos dextroanfetamina e metilfenidato para o tratamento dos sintomas da hiperatividade a partir da década de 1960 (medicamentos estes que, por sua vez, se tornaram indissociáveis), muito influenciou a elaboração do diagnóstico trazido pelo DSM-III em 1987: o Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade (DDAH), que substituiria oficialmente o DCM. Essa configuração dos sintomas da desatenção, hiperatividade e impulsividade, que deveriam se manifestar em mais de um contexto de forma excessiva para justificar o diagnóstico, marcou o início do processo em que as dificuldades de aprendizagem estariam diretamente ligadas ao déficit de atenção e hiperatividade (SILVEIRA, 2015).

Na edição seguinte, DSM-IV, de 1995, foi realizada uma nova tradução do inglês, de forma que a nomenclatura mudou de “distúrbio” para “transtorno” e, a partir de então, o termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) passou a ser utilizado no Brasil. Em pouco tempo, o diagnóstico passou a fazer parte do vocabulário não apenas médico, mas cotidiano: nas escolas, nas famílias, e nas áreas da saúde de modo geral. Esse fenômeno muito se deve, como já dito anteriormente, à associação direta ao uso do medicamento tão disseminado que é o cloridrato de metilfenidato, popularmente conhecido como Ritalina (SILVEIRA, 2015).

Uma parte importante da história do TDAH se encontra nas origens do tratamento com estimulantes, e em suas decorrências. Segundo Caliman (2010), Charles Bradley é o nome mais citado. Diz o autor que:

(...) 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, mas ele oferecia uma explicação para o problema que era também psicodinâmica. As crianças sem interesse pela escola, incapazes de controlar seus comportamentos impulsivos e suas emoções estavam quase sempre envolvidas em situações de conflito pessoal. (CALIMAN, 2010)

Há hoje, no Brasil, uma parcela significativa de profissionais que acreditam na existência do TDAH, e que este deve ser tratado e medicado para que a criança tenha avanços no desenvolvimento da aprendizagem e do convívio social. Por outro lado, há profissionais que negam e criticam a existência do transtorno devido a uma insuficiência do processo diagnóstico. O cenário é banhado de controvérsias na medida em que, enquanto se discute a existência ou não de um diagnóstico devido a uma falta de comprovação científica de sua existência orgânica, tem-se um crescente número de crianças em idade escolar que possuem o diagnóstico e são medicadas. Segundo Luengo (2010, p. 70), *“estima-se que 5% a 10% das crianças em idade escolar possuam tal diagnóstico”*.

CAPÍTULO 2 - Educação: Relação Escola-Normalidade

Este capítulo pretende explorar as influências da instituição escolar, brevemente citada no capítulo anterior, sobre o fenômeno da patologização da infância que vem sendo compreendido neste trabalho. Para desenvolver a ideia de que a escola, enquanto instituição, vem cumprindo ao longo de sua história um papel disciplinador, de forma que a discussão sobre normalidade e inclusão se impõe como uma questão desafiadora, serão tidos como base os seguintes artigos: “A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância”, de Luengo, 2010; “Mercado-ciência e infância: a psicanálise no debate sobre medicalização e ato educativo”, de Garbarino, 2020; e “A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança”, de Kamers, 2013.

No começo do século XX, consolidou-se no Brasil as perspectivas higienistas nas políticas de desenvolvimento social. A medicina afirmava-se como a ciência capaz de intervir de forma

eficaz sobre as questões sociais, raciais e morais que interferiram na realização do projeto político de modernização da nação. Um dos focos de atenção desse projeto era a escola, uma vez que a atenção à infância representava a possibilidade de aperfeiçoamento das crianças para que, no futuro, pudessem inserir-se adequadamente no circuito de reprodução econômica e social. Ou seja, a escolarização dos futuros cidadãos era fundamental para o progresso científico, social e econômico da nação (LUENGO, 2010).

A tarefa da educação, atribuída pelas políticas higienistas, era de disciplinar a *natureza infantil*, incorporando, para isso, conhecimentos e técnicas da medicina. O educador passa, então, a ser agente da disciplinarização da infância, que inclui a identificação, prevenção, vigilância e correção dos hábitos e comportamentos considerados *anormais* ou *desviantes* (LUENGO, 2010). No cerne desse processo encontra-se a definição arbitrária de características comportamentais *positivas* e desejáveis em contraposição àquelas consideradas *desviantes* e *patológicas*, sobre as quais recaem procedimentos educacionais e de saúde de modelação. A disciplinarização na educação é, de acordo com o autor (2010), um dispositivo de exercício de saber-poder e subalternização da infância por meio de processos de normalização das identidades infantis.

A disciplinarização operada nas instituições educacionais é um dos pilares sustentadores da medicalização da infância. A escola torna-se o lugar de aperfeiçoamento da infância, graças ao apelo científico das técnicas pedagógicas, amparadas pelo saber médico. Desse modo, os mecanismos de poder, de avaliação e supervisão de comportamentos, habilidades e desempenho escolar, enfatiza condutas individuais que não correspondem aos parâmetros normais de desenvolvimento – socialmente definidos e hierarquizados. A combinação dos saberes da pedagogia e da medicina dificulta a compreensão do fracasso escolar e tende a individualizar as suas causas, ignorando a articulação de fenômenos socioculturais na produção desse fenômeno. Com efeito, o baixo desempenho escolar, quando avaliado pelas lentes das noções individualizantes e normalizadoras da infância, é capturado pelos processos de disciplinarização e inserido na categoria patológica, justificando os processos de medicalização (LUENGO, 2010).

Vemos, assim, continuidades dos pressupostos higienistas e disciplinadores na atualidade da temática dos distúrbios de aprendizagem que ganha força nas instituições escolares (LUENGO, 2010). É seguindo essa tradição que a escola passa a ser umas das instituições-chave no processo de medicalização da infância. Segundo Garbarino (2020), o entrelaçamento da medicalização com o mal-estar escolar se deve ao fato de a escola ser “*o palco onde se costuma fazer mais evidente a*

‘desordem’ da criança na ordem instituída e a consequente necessidade de amenizar sua ‘desadaptação’.” (GARBARINO, 2020, p. 140).

A questão da obediência no ambiente escolar, e da dificuldade em administrar tudo que se adapte ou não a ela, é bastante discutida por muitos autores que tratam do tema da disciplina. Luengo (2010), em seu artigo, argumenta que a disciplina – presente no cotidiano escolar através de mecanismos de poder – é um dos pilares que sustentam a medicalização tal como vem sendo promovida nos últimos tempos. Se, por um lado, há a lógica da disciplina que prevê a adequação total ao sistema educacional, por outro, há explicações endógenas para o “não aprender”, que justificam a patologização da educação. Enquanto em outros tempos compreendia-se o fracasso escolar como resultado de conjunções socioeconômicas e familiares, hoje a origem está, em sua maioria, na própria criança. A partir disso,

“a circulação exacerbada e deformada do discurso dos transtornos formulado por peritos e técnicos leva à realização de pré-diagnósticos por parte dos professores que, ao observar comportamentos desviantes, justificam o encaminhamento da criança para avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psicológica” (GARBARINO, 2020, p. 137).

O encaminhamento escolar se impõe como uma questão de muita relevância nessa cadeia de instâncias responsáveis pela criança: o ciclo é repetitivo e questionável. A escola, ao se confrontar com dificuldades de aprendizagem ou comportamentais que desafiam a disciplina imposta pelo contexto, busca a ajuda da família para intervir na criança. Devido à dita falta de alcance que a família costuma ter sobre o comportamento de seus filhos, ocorre o encaminhamento a um profissional. Muitas vezes, a escola encaminha diretamente a um médico, sem nem cogitar o psicólogo. Quando a criança chega nesse profissional, a queixa geralmente é compreendida como TDAH e o tratamento adotado é farmacológico (KAMERS, 2013).

O aspecto disciplinador da escola, responsável por uma postura normalizadora que exerce o papel de punir os desvios (LUENGO, 2010) ganha uma certa complexidade ao aliar-se com perspectivas que dão aos conflitos comportamentais e de aprendizagem um caráter endógeno. Aqui se impõe a confluência de alguns fatores. Garbarino (2020) aponta para a utilização das descobertas das neurociências em métodos de ensino, aliada às transformações dos rótulos sobre as crianças: deixam de ser “preguiçosas” e “desinteressadas”, e passam a ser portadoras de um transtorno. Na prática, isso significa a passagem das soluções punitivas advindas da escola para tratamentos psiquiátricos administrados por médicos.

Os chamados transtornos da aprendizagem são compreendidos através de uma perspectiva individualizante e reducionista acerca dos impasses na escola (GARBARINO, 2020). Luengo (2010, p. 61) caracteriza o aluno tido como fracassado como aquele com algum tipo de

“disfunção cerebral de origem genética capaz de causar deficiências e desordens no comportamento. A ciência médica atravessou o âmbito escolar e hoje a escola é um dispositivo institucionalizado, que foi produzido e produziu relações de saber-poder”.

Nesse sentido, há uma vasta literatura que busca argumentar sobre a necessidade de se buscar um diagnóstico e realizar um tratamento medicamentoso com essas crianças que fogem da norma (LUENGO, 2010).

O TDAH ocupa um lugar de destaque entre os distúrbios mais frequentes. É considerado como “*‘a doença do não aprender’ e dos comportamentos ‘desatentos’, ‘hiperativos’ e ‘desobedientes’, encabeçando a lista dos transtornos a que mais são prescritos medicamentos’*” (LUENGO, 2010, p. 68). As consequências da incidência deste diagnóstico e da forma como vem sendo tratado são muitas, e é a principal questão que este trabalho pretende discutir. As condições para que uma criança aprenda são constituídas por diversos fatores objetivos e subjetivos. Garbarino (2020) aponta que o desejo de aprender – algo que deve ser gestado no vínculo entre professor e aluno – vem sendo reduzido a uma relação impessoal que prevê apenas um método baseado em pesquisas neurocientíficas e em padronizações de comportamento. Essa perspectiva pressupõe uma compreensão sobre as dificuldades escolares pautadas em atribuições endógenas causais que revelam uma interpretação imediatista e a-histórica do desenvolvimento infantil, hoje pautada e impulsionada pela lógica medicamentosa (GARBARINO, 2020).

Garbarino (2020) vai ainda mais fundo em sua crítica, trazendo um elemento pertinente. Argumenta que o deslocamento de problemas de aprendizagem e comportamento para questões de saúde mental – impulsionado pelos diagnósticos de TDAH e legitimado pelos tratamentos medicamentosos – assume que a habilidade de aprender e atentar-se é algo que já deveria vir consolidado de casa, e não parte do que constitui o trabalho escolar.

O tratamento medicamentoso possui um pragmatismo bastante conveniente quanto às possibilidades estruturais do ambiente escolar e das políticas públicas implicadas na educação. Quantitativamente, a intervenção farmacológica representa uma opção bastante considerada no discurso pedagógico e educacional. Garbarino (2020) diz:

(...) se o discurso faz laço social, cabe refletir acerca do tipo de laço que o reducionismo medicalizante está promovendo na prática educativa. Um dos atuais pilares desse laço é a

temporalidade imediatista da ilusão de cura através da nomeação diagnóstica e da prescrição de medicamentos sustentada na reificação de aspectos sócio-políticos do mal-estar na cultura (GARBARINO, 2020, p. 142).

Ainda assim, muitos trabalhos apontam para discursos de professores que levantam controvérsias no que diz respeito aos efeitos positivos das medicações. Relatam que crianças, após a utilização da medicação, por mais que se concentrem melhor, apresentam comportamentos apáticos que influenciam e transformam as suas experiências de socialização com colegas. Um estudo de Cruz, Okamoto e Ferraza (2016) traz relatos de pais e professores que negam a suposta eficiência dos medicamentos (GARBARINO, 2020). É comum encontrar relatos de pais que dizem administrar a medicação apenas nos períodos escolares, dado que a queixa vem da escola, e que a demanda é apenas referente à aprendizagem (LEITE, 2016).

A fim de encaminhar este capítulo a uma breve conclusão, seria relevante pontuar quais são os agentes que sustentam esse *modus operandi* da instituição escolar nos dias atuais. Kamers (2013) traz algumas considerações que sumarizam a dinâmica instaurada: a escola se tornou o dispositivo que determina a necessidade de a criança submeter-se ou não ao saber médico-psiquiátrico. A intervenção médica -- e farmacológica, uma vez que a medicação se tornou a principal forma de tratamento do social pela medicina -- é assegurada pelas instituições escolares e de saúde cuja função social é a disciplina. E, ainda, o entendimento da psicopatologia infantil que subsidia essa intervenção é pautado no que se considera ser a gênese da loucura no adulto, desconsiderando o desenvolvimento do sujeito infantil como singular (KAMERS, 2013).

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

Ao longo deste trabalho, foi sendo desenvolvida a compreensão de que o diagnóstico de TDAH aparece em um contexto interseccionado por três principais agentes: a escola, a psiquiatria e a psicologia. Para efeito de aprofundamento na questão de como se relacionam essas instâncias de cuidado -- para além da família, que se faz presente de maneira transversal nessa articulação, haja vista que estamos falando de crianças --, foram entrevistados três profissionais: uma professora com mais de 25 anos de experiência em sala de aula; uma psicóloga, psicanalista, com experiência com crianças e adolescentes em contextos de SAICAS (Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes), CAPS IJ e consultório particular; e um psiquiatra da

infância e da adolescência com experiência em consultório particular, clínica psicológica e CAPS II.

Levando em consideração as especificidades de cada área de atuação, as entrevistas tiveram como objetivo a compreensão de alguns aspectos sobre o diagnóstico de TDAH. Em primeiro lugar, buscou-se entender qual a postura de cada profissional diante de tal demanda diagnóstica. Em seguida, buscou-se indagar o entendimento que os profissionais têm sobre este diagnóstico e quais seriam as práticas e encaminhamentos potencialmente utilizáveis por eles para o tratamento do TDAH. A questão norteadora das entrevistas foi: de que forma cada um desses profissionais conta com os demais no acompanhamento dos seus casos? A análise das entrevistas será feita individualmente, buscando estabelecer diálogos a partir de cada fala.

Os pontos trazidos pela educadora dizem respeito à percepção do que seria, idealmente, um vínculo entre professores e alunos que desse conta das dificuldades que surgem no caminho da aprendizagem. Ela conta sobre estratégias que, quando sustentadas por esse vínculo, podem ajudar as crianças com dificuldades de aprendizado a superá-las, e realça a importância do trabalho multiprofissional e da parceria com a família na lida com essas crianças.

A educadora acredita que quando um aluno se vê em um ambiente em que as pessoas verdadeiramente olham por ele e cuidam dele, normalmente apresenta melhoras na aprendizagem. Uma das estratégias fundamentais que possibilitam o processo educacional é a cumplicidade entre o professor e o aluno. Diz ela que o professor deve estar perto, compreender as dificuldades dessa criança e acolher suas necessidades. Há algo da disponibilidade do profissional, que é o verdadeiro interesse em ajudar esse aluno a se desenvolver. Para ela, o insucesso se apresenta quando o apoio da escola, da família e dos outros profissionais envolvidos falha. Diz ela: “quando a gente perde um desses lados”.

Ainda sobre esse laço entre professor e aluno, ela o caracteriza mais profundamente. Diz que uma boa relação contém afeto e confiança, que o professor precisa conhecer muito bem os desafios de cada um, avaliar e compreender a forma de aprender do aluno, assim como o seu jeito de ser e as suas necessidades. Esse acolhimento envolve saber o que está acontecendo na vida dessa criança, o porquê de ela não estar conseguindo aprender ou se interessar pela escola. Em termos de estratégia, é importante que o professor saiba valorizar o que o aluno consegue fazer e aquilo no que se destaca. Normalmente, nos casos de dificuldades tanto pedagógica como comportamental, a autoestima do aluno é muito prejudicada na medida em que, ao ser referido, só

se fala sobre questões negativas, sobre o que precisa ser feito, sobre sua incapacidade, de forma que suas dificuldades ficam muito mais ressaltadas do que suas potencialidades. Esta percepção da educadora se relaciona em parte com a fala do psiquiatra quando ele diz da necessidade da medicação em casos em que a autoestima da criança está prejudicada.

No entanto, a educadora aponta a dificuldade em realizar esse trabalho nas condições reais de organização das salas de aula e das escolas. Diz ela que as turmas são grandes demais para que se possa ter um olhar tão próximo de cada aluno, bem como são muitos os conteúdos a serem cumpridos e muitas as tarefas diárias a serem realizadas. Nesse sentido, não sobra muito espaço para esse tipo de reflexão, e o desejo de que os alunos acompanhem o ritmo da turma, se desenvolvam e não tenham problemas comportamentais é capturado pela realidade. Aqui ela aponta um aspecto da dificuldade do trabalho que é imposto pelas condições nas quais este ocorre, e que, apesar de ser muito característico da instituição escolar, também é evidenciado na fala da psicóloga quando ela diz sobre as condições de trabalho no CAPS, que tampouco são ideais.

A educadora discorre sobre as observações que a levam a pensar em encaminhamentos para outros profissionais, e de que forma isso costuma ser feito. Algumas são as situações em que ela pensa em encaminhar uma criança. Quando nota que a criança está muito apática, por exemplo, sem interesse pelos assuntos e atividades desenvolvidos; quando a criança não estabelecem vínculos importantes com seus colegas; quando apresenta uma oscilação de humor muito acentuada entre a euforia, a tristeza, a raiva – estando, por exemplo, muito falante num momento e, de repente, se torna muito acuada, triste, chorosa; quando não demonstra ter recursos para resolver conflitos, de modo que, quando colocada em uma situação tal – na qual é necessário ouvir o outro para poder se colocar, conversar –, ela não consegue porque chora, sente-se mal, sai correndo, não consegue pedir ajuda ou resolver a situação e diz que está tudo bem quando evidentemente não está. A educadora vai trazendo exemplos de comportamentos que aparecem no cotidiano de sala de aula que chamam a sua atenção para um cuidado maior do qual a escola não pode dar conta, não apenas pela sobrecarga, mas por uma limitação que a leva a acionar outros profissionais.

A necessidade de um olhar multiprofissional é algo que foi abordado pelos três entrevistados. Segundo o ponto de vista da educadora, a criança precisa ser vista por vários profissionais para que seja avaliado o que está causando a dificuldade de aprendizagem ou comportamental. Ela acredita que não apenas uma área deva ser visitada, pois em muitos casos, é

uma equipe em permanente diálogo que poderá dizer com maior ou menor certeza o que a criança precisa naquele momento. O encaminhamento vem da aposta de que outros profissionais podem colaborar com o desenvolvimento da criança e ajudar a escola na lida do dia a dia, de forma que é esperado um trabalho em parceria. Ela diz algo que muito se relaciona com a fala da psicóloga, porém, neste caso, proveniente de outra perspectiva. Diz a educadora: “tem que ter uma troca de informações, que é algo bastante importante porque a criança é a mesma, mas o contexto é outro. A criança está com eles no consultório, e está com a gente diariamente por muitas horas na escola, e esses ambientes são diferentes, mas complementares”. Ela aposta na orientação do psiquiatra e do psicólogo porque, embora na escola haja um número muito grande de crianças, eles têm contato com muitas crianças que estão nas mesmas situações, e que possuem os mesmos diagnósticos. Embora, segundo ela, cada criança seja uma e o diagnóstico não configure uma receita.

A partir das discussões feitas com os profissionais, que lhe enviam os resultados e pensam em encaminhamentos, a educadora acredita que as recomendações nunca devem ser feitas como se seguissem uma cartilha. Ela frisa a necessidade de cuidar da criança e não do diagnóstico. Nesse sentido, ela conta um pouco de como são compreendidas e postas em prática as recomendações dos profissionais. Relata que, normalmente, os procedimentos solicitados nos relatórios médico-psicológicos já são utilizados pela escola, na medida em que os alunos são encaminhados pois se entende que tudo o que está ao alcance da escola já foi testado e não foi suficiente. Inclusive por tratar-se, muitas vezes, de práticas que podem ajudar no aprendizado, independentemente da presença de diagnóstico ou não. Ela cita algumas práticas como: sentar o aluno nas cadeiras a frente da sala, de modo que fique o mais próximo possível do professor; fazer provas com mediadores, com tempo flexibilizado em espaços mais propícios para a concentração; uso de régua, por exemplo, para auxiliar na leitura; e aulas de reforço, em que há a presença de menos alunos e portanto, uma atenção mais direcionada por parte do professor. De todo modo, as recomendações são usadas, flexibilizadas e adaptadas ao que se acredita ser necessário e funcionar para determinada criança. Ela ressalta que, caso tudo não seja bem avaliado, as recomendações viram cartilhas e a escola passa a tratar o diagnóstico e não a criança. É importante que as crianças com diagnóstico não sejam inalienavelmente relegadas ao papel de que sempre precisam e precisarão de todas as ajudas previstas nos relatórios. É necessário que seja dado um voto de confiança ao que cada aluno já consegue fazer sozinho, caso contrário, acaba-se por limitar ainda

mais o aluno, estabelecendo-se de antemão que tudo será de determinada forma, perdendo-se assim a oportunidade de ele mostrar o que pode ou não realizar.

Passando à entrevista com a psicóloga, é interessante pontuar que sua fala se ateve, principalmente, à forma como acredita que o diagnóstico deve ser feito, às complexidades que o diagnóstico envolve e ao poder discursivo que possui sobre o sujeito. Além disso, ela ressalta a importância do trabalho de equipe na atenção à criança, revelando o papel da psicologia como sendo possivelmente uma ponte entre os outros profissionais envolvidos no cuidado integral da criança e da família.

A entrevistada compartilha logo de início a sua postura frente aos casos de pacientes que já lhe chegaram diagnosticados com TDAH: escutar que efeito o diagnóstico produziu na criança, mas principalmente nos pais. Para ela, o quanto os pais escutam a criança a partir do diagnóstico e o quanto aceitam ou discordam dele, são dados clínicos que costumam revelar mais sobre a criança do que o próprio diagnóstico em si. No entanto, reconhece a importância de ler e compreender os encaminhamentos que recebe.

Relata que, em sua maioria, as queixas que chegam como supostamente TDAH contêm os seguintes aspectos: rotinas e famílias bastante desorganizadas, de forma que a criança é pouco estimulada; excesso de tempo de celular; atrasos de origem neurológica que nunca foram abordados enquanto tal; e ocorrências na primeiríssima infância. Sobre esse último aspecto, ela enfatiza a importância da avaliação bem-feita de puericultura para que dados como hipóxia no nascimento, infecções graves no início da vida, uso de substâncias na gestação, entre outros, não passem despercebidos, pois podem causar sequelas neurológicas que têm como decorrência a agitação. Todos esses dados clínicos devem ser bem recolhidos na anamnese, também citada pelo psiquiatra, para que se possa fazer o diagnóstico diferencial entre quadros de desorganização familiar, questões neurológicas e efetivamente o TDAH. Além disso, ela diz sobre a importância de investigar se as dificuldades relatadas aparecem em um ou em todos os contextos da vida da criança, pois se não é em apenas um espaço, no geral é algo que revela uma dinâmica para além dos ambientes de aprendizagem.

Ainda sobre o processo diagnóstico, ela aponta cuidados que devem ser tomados. A avaliação deve ser feita pela observação de diversos profissionais, em diferentes contextos, individuais e em grupo, a partir dos relatos da família e da escola, de forma que a criança seja olhada longitudinalmente. No entanto, aponta que, infelizmente, a maioria das avaliações não é

feita dessa forma. Diz que, no modelo diagnóstico “*fast food*”, feito principalmente pelos convênios, não há tempo e condição necessária de observação da criança para obter um diagnóstico pertinente. Isso não ocorre apenas nos convênios, mas em toda prática que não prioriza a avaliação multiprofissional, que proporciona uma visão mais ampla da criança. Há profissionais que não conseguem fazer seu trabalho dessa forma ideal por uma limitação do que se entende sobre o que é um processo diagnóstico pertinente, e outros por limitação de recursos.

A psicóloga conta sobre a experiência de um paciente que chegou com um diagnóstico de TDAH misturado com TOD (Transtorno Opositor Desafiador), transtornos que muitas vezes são associados. Tratava-se de uma criança com uma inteligência acima da média, para quem os conteúdos que lhe eram ensinados não lhe interessavam devido à facilidade que ela tinha de aprendê-los. Alunos com essas características, quando estão em escolas que não dão conta de estimulá-los, acabam apresentando comportamentos de muita distração e desinteresse. Esse menino havia chegado com um diagnóstico do convênio, mas a psicóloga diz que muitos desses casos vêm diagnosticados pelos pais, pelos abrigos e pelas escolas, muitas vezes a partir de informações que recolhem na internet. Daí também a importância de uma boa parceria com as escolas, já que elas têm o poder de mobilizar práticas que ajudem as crianças e de conscientizar as famílias sobre a complexidade da construção diagnóstica.

Sobre a prática que costuma adotar, a psicóloga atribui grande importância ao neuropsicólogo como um profissional capaz de fazer uma avaliação para a qual ela, dentro de sua atividade de terapeuta analista, não conseguiria colher os dados necessários para eliminar hipóteses de transtornos de aprendizagem para além de questões emocionais, que muitas vezes influenciam no processo de ensino. Nesse sentido, há um claro diálogo com as falas da educadora e do psiquiatra. A educadora diz sobre a sua incapacidade de colher determinados dados, e que por essa razão, conta com a avaliação e parceria de outros profissionais. E o psiquiatra compartilha da necessidade de encaminhamento para a neuropsicologia para a aplicação de determinados testes que lhe auxiliam na composição do diagnóstico.

Quando perguntada sobre suas impressões a respeito da recepção das famílias ao diagnóstico de TDAH, ela relata certo contentamento com o presumido poder do diagnóstico de explicar todos os supostos problemas da criança, e de dar conta de todos os cuidados a serem tomados. Diz ela: “O que mais tenho percebido são famílias que ficam quase aliviadas por entenderem que têm um problema, que ele tem nome, e que ele está na criança, e isso por vezes

reforça posições de desimplicação com os cuidados daquela criança. O ‘gostar’ do diagnóstico pode passar por muitos lugares. Mas tem um lugar de algum conforto, e talvez uma certa esperança do tipo ‘nossa, agora vou ter um pouco de paz’, porque é muito difícil uma criança que vem com um diagnóstico desse e não vem com o comprimidinho junto”.

Essa fala introduz o tema da medicação. A psicóloga acredita que, quando a criança não consegue fazer o básico, como dormir, o que faz com que não descanse e acorde sempre elétrica e irritada, ou comer, tudo isso lhe traz muito sofrimento. Nesses casos, que de acordo com sua experiência são poucos, as crianças podem se beneficiar do diagnóstico, no sentido de que ele traz uma medicação que ajuda nas funções mais básicas, para que a criança de conta do restante das exigências cotidianas. No entanto, ela argumenta que, quando a dificuldade da criança é mais localizada, deve-se tentar outras alternativas. Diz que, quanto menor a criança, com maior delicadeza deve ser pensada a introdução de psicofármacos, e quando for este o caso, nunca o tratamento farmacológico pode ser a única terapêutica. Relata que, infelizmente, isso é bastante comum.

Ela relata o caso de um paciente do CAPS que, na sua opinião, foi tratado farmacologicamente de maneira adequada. Era o caso de um menino com diagnóstico de TEA e TDAH, que não conseguia ficar parado sob nenhuma condição, inclusive quando era exposto a estímulos que lhe interessavam. Apresentava uma grande dificuldade para dormir e se colocava em situações de risco constantemente, pois era cuidado por uma avó idosa com dificuldades físicas que não conseguia contê-lo. Conta que “conforme a gente fez a avaliação individual, fez a avaliação em grupo, eu achava que a medicação ajudava ele a ter um mínimo a partir do qual a gente podia tentar alguma coisa, que ele pudesse estar com o outros de uma forma menos agitada”.

Em contrapartida, relata o caso de uma paciente que foi tratada de outra forma. Era uma menina de dois anos que tinha suspeita de TEA e TDAH, e que, de fato, apresentava alguns atrasos no desenvolvimento. A família dessa criança sustentou o “não-diagnóstico”, de forma que ela fosse acompanhada de perto por bastante tempo, e foi evoluindo tão bem que apenas sobraram alguns atrasos em sua fala, que pareciam ter justificativas ambientais, como por exemplo ter nascido durante a pandemia de Covid-19 e não ter sido socializada. Diz que “foi a partir do acompanhamento da criança que ela evoluiu numa curva muito interessante, superando boa parte das dificuldades que ela tinha, em relação aos sintomas de não fazer contato visual, da reatividade, da agressividade. Assim, todas essas coisas que apontavam, de fato, muito na linha do autismo,

foram sumindo, foram ganhando outros contornos. Mas isso demanda uma posição dos pais do tipo ‘eu topo ver o que acontece’, e toparam cuidar das necessidades dela, não a partir de um nome x, y ou z, mas a partir do que ela precisava”. Esse relato muito se relaciona com a fala da educadora, quando aponta a necessidade de julgar os procedimentos para cada caso, e não segui-los como se fossem cartilhas, a fim de se cuidar da criança e não do diagnóstico.

Um aspecto trazido pela psicóloga que dialoga indiretamente com as outras falas é o efeito discursivo que um diagnóstico pode causar em uma criança e em sua família. Ela, enquanto terapeuta e psicanalista, acredita que há uma questão de responsabilidade por parte do profissional, que deve ser tratada com muito cuidado. Um diagnóstico, qualquer que seja ele, de doença física, de questão psíquica, tem um efeito, por vezes, de “engolir” uma família e uma criança, de modo que reste pouco da ordem das potencialidades, pois ficam muito colados à narrativa psicopatológica: tudo se refere ao diagnóstico. Quando essa dinâmica se instala, é muito difícil voltar atrás, justamente pela lógica da psiquiatria de que, ao ter um transtorno, não se deixa de tê-lo, pois em geral, trata-se de questões supostamente crônicas. Diz ela que é muito difícil desconstruir diagnósticos já dados quando se vê que não há fundamentação na realidade. Daí a responsabilidade em estabelecer um diagnóstico, principalmente em uma criança: provavelmente a narrativa da vida dela irá mudar. Ela se questiona: “será que o benefício no diagnóstico, em termos de adaptação, em termos de medicação, em termos de terapêutica, vai ser maior do que, talvez, essa discursividade colada no sujeito?”. E acredita que essa deva ser uma conta de custo-benefício, principalmente se tratando de crianças, em que suas narrativas ficam muito precocemente fixadas e enrijecidas. E que inclusive, se deve levar em consideração a questão da neuroplasticidade na infância, a extrema adaptabilidade às circunstâncias ambientais e o desenvolvimento próprio desse período. A categoria do CID-11, em geral, não leva essas questões em consideração, e por isso se deve, no melhor dos cenários, pensar em um processo diagnóstico. Além disso, o CID-11 por si só não dá conta da compreensão total das dificuldades de uma criança e, muito menos, de suas potencialidades.

Outro aspecto colocado por ela é o conforto identitário que muitos diagnósticos podem oferecer. Diferentemente da esquizofrenia que não traz conforto identitário algum, o TDAH por vezes traz. É algo no sentido de reconfortar o sujeito de que a sua dificuldade é explicável. No caso das crianças, esse conforto se dá através da reação dos pais. Trata-se de um ponto que o psiquiatra também comenta, no sentido de que pode ser algo muito apaziguador para a família.

Tudo isso muito se relaciona com a forma como o fenômeno do TDAH tem penetrado na sociedade: é um nome que está na moda e muito em voga entre adultos e adolescentes. Ela termina a entrevista ressaltando a importância de pensar sobre o TDAH cientificamente, psicanaliticamente e estruturalmente porque tudo isso ressoa no consultório, nas instituições, nas escolas e onde quer que estejamos.

O psiquiatra, em sua entrevista, relata um pouco de sua visão sobre o processo diagnóstico e como o faz em sua prática clínica. Ele explicou a sintomatologia do diagnóstico de TDAH, apontando para a importância do tratamento ainda na infância. Relatou como costuma seguir com o tratamento e como pensa a utilização dos psicofármacos. Compartilhou um pouco de suas preocupações sobre o fenômeno do TDAH, e a forma como este tem sido abordado na sociedade.

Segundo o entrevistado, o diagnóstico de TDAH é feito a partir de uma avaliação clínica que contém anamnese, exame psíquico, observação da criança e de seu relato, bem como do relato dos pais, e relatórios dos outros profissionais envolvidos no caso. Tudo isso forma uma somatória de visões adquiridas de diferentes fontes e contextos. Quando, ainda sim, permanece uma dúvida sobre a natureza da dificuldade que se apresenta, pode ser solicitada uma bateria de testes e uma avaliação neuropsicológica. Os relatos costumam dizer sobre dificuldades nas atividades escolares e sobre a impossibilidade de manter a atenção na aula e em explicações, por exemplo.

Quando perguntado sobre o que diferencia uma dificuldade de aprendizagem de um quadro de TDAH, ele esclareceu um pouco da sintomatologia de tal diagnóstico. Diz ele que acontece com frequência que crianças tenham questões que se pareçam com TDAH, no sentido de que a sintomatologia pode ser um pouco parecida, mas que este diagnóstico não se configura, pois trata-se de outras questões que, nesses casos, são muito mais abrangentes. Por exemplo, uma criança ansiosa que não consegue focar na escola devido a um excesso de ansiedade que dificulta, portanto, o seu processo de aprendizagem. Quando se pensa em TDAH, há basicamente três grupos de sintomas: a falta de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Além destes sintomas, faz-se uma coleta do histórico clínico que recapitula desde quando os sintomas surgem, se há dado genético que revele fator de risco para TDAH, ou se, por exemplo, houve uso de substâncias durante a gravidez que poderiam ocasionar tal transtorno. Esse último aspecto se relaciona com a fala da psicóloga quando ela diz sobre casos que, quando bem investigados na avaliação de puericultura, revelam dados que justificariam a presença de um transtorno.

A partir do momento em que se tem o diagnóstico de TDAH, há algumas possibilidades de tratamento, que inclusive se articulam. Há a possibilidade de encaminhamento para psicoterapia, já que, em geral, esse tipo de paciente precisa de uma terapia um pouco mais estruturada que o ajude a desenvolver o foco. Em alguns casos, o paciente pode se beneficiar mais de uma psicopedagogia. O ideal é sempre que o paciente esteja em um acompanhamento interdisciplinar com psiquiatra, terapeuta e psicopedagogo. Há a possibilidade de se receitar a medicação, que ele afirma ser uma das coisas que mais faz efeito para o tratamento de TDAH. O tema da medicação será abordado com mais detalhe em seguida. Nas consultas psiquiátricas, além da medicação e do encaminhamento, ele conta que costuma fazer uma orientação parental, para que os cuidadores entendam o que é o TDAH, bem como orientações para que a criança entenda a sua condição. Além disso, costuma-se fazer um relatório para a escola passando orientações para ajudar a criança, tal como os que a educadora contou que costuma receber.

Sobre o uso de medicamentos, o psiquiatra explicou um pouco do seu pensamento e de sua prática médica. Disse que, se o paciente tem um TDAH muito acentuado, pensa em utilizar o psicofármaco, revelando que há uma questão de grau envolvida. Em crianças pequenas, em casos em que a intervenção ambiental venha a falhar, ele entra com medicação. Existem duas frentes de atuação medicamentosa: alguma medicação que vá melhorar o foco e, portanto, atuar diretamente na dificuldade, ou alguma medicação para diminuir a impulsividade da pessoa, que atrapalharia suas condições de aprendizagem. A medicação de foco em geral age por um determinado tempo, como por exemplo a Ritalina, a mais utilizada, que tem uma duração de efeito no organismo de aproximadamente quatro horas, e é recomendada para os momentos que exigem um aumento do foco – no caso das crianças, a escola. São alguns fatores que são analisados para que se decida pela introdução da medicação. Ele conta de crianças que começam a ter noção da sua dificuldade e acabam desenvolvendo uma baixa autoestima, e que esse seria um fator a ser levado em consideração. A educadora aponta para essa questão da autoestima também como algo a ser cuidado.

De acordo com as observações acumuladas em seu tempo de consultório, o psiquiatra vê que há muitos pacientes que, depois de um tempo, conseguem criar estratégias para lidar com a falta de atenção, podendo assim parar com a medicação. Há, também, uma questão de amadurecimento cerebral cuja tendência é que o sujeito, além de criar estratégias, tenha uma diminuição do déficit de atenção. Relata que há muitos pacientes que, se seguem com um

acompanhamento, deixam de ter o diagnóstico ou passam a manejar melhor a sua condição. E que, entretanto, mantêm o tratamento medicamentoso devido à persistência de muitos sintomas.

Ele aponta uma especificidade da infância, no sentido de que o ideal é que se comece o acompanhamento nessa fase pois, geralmente, o TDAH é um transtorno que aparece desde muito cedo. Nesse sentido, ele alerta que o TDAH é um fator de risco para muitos outros transtornos psiquiátricos, e por essa razão é tão importante que seja tratado desde o início. Relata casos de pacientes que não passaram por tratamentos para o TDAH através da psiquiatria na infância e que acabaram desenvolvendo transtornos psiquiátricos, sendo o transtorno por uso de substâncias o mais frequente. A relação é quase de consequência: trata-se de pessoas que não conseguem ter uma regularidade e se manter em atividades, muitas vezes não terminam a formação escolar e acadêmica, não se mantêm em trabalhos, e acabam tendo prejuízos em outras áreas da vida.

Ao ser questionado sobre a recepção dos pais em relação ao diagnóstico, o psiquiatra conta uma impressão que dialoga com a fala da psicóloga sobre o efeito muitas vezes tranquilizador que o diagnóstico causa na família. Ele diz que é muito comum que os pais vejam a criança com dificuldade de aprendizado como sendo descompromissada, preguiçosa, que não gosta de estudar, e atribuindo a ela uma valoração muito negativa. Nesse sentido, o diagnóstico atenua a vigilância dos pais em relação à criança, de forma que deixam de julgá-la tanto e passam a compreender melhor sua dificuldade e a poder acolhê-la melhor. Ou seja, pode ser positivo na medida em que retira da criança essas etiquetas e estigmas que a desvalorizam. Segundo o psiquiatra, isso é o mais comum. Por outro lado, há pais que se incomodam com o diagnóstico, e pais que passam a se apoiar totalmente no diagnóstico. Todos esses são exemplos do que a psicóloga chama de “efeitos discursivos do diagnóstico”.

Por fim, o entrevistado compartilha um pouco sobre a sua preocupação sobre a forma como o diagnóstico de TDAH vem sendo compreendido e absorvido pela população em geral. A sua preocupação se refere à população jovem e adulta, pois acredita que a tendência que se vê nas redes sociais de dizer que tudo é sintoma de TDAH tem, de fato, uma repercussão. Ele diz que hoje se vê nos adultos e adolescentes uma febre de pessoas se autodiagnosticando com TDAH, buscando a psiquiatria e demandando medicações. Isso é complexo devido ao fato de que a ansiedade, o fato de consumirmos muita informação em uma velocidade muito rápida, por exemplo, podem simular sintomas de TDAH. No entanto, ele acredita que as crianças, de certa forma, estão mais protegidas devido à maior dificuldade de terem acesso à medicação. Diz ele:

“pensando na rede pública, o acesso a essas medicações é muito difícil. Então às vezes a criança não está protegida no sentido de estar fazendo um acompanhamento adequado, mas também não vai estar simplesmente tomando a medicação sem um acompanhamento”. E conclui dizendo que não veria o cenário com a preocupação de que houvesse um excesso de tratamento de crianças.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de realizar uma breve discussão sobre os resultados obtidos nas entrevistas relatadas anteriormente, foram selecionados três pontos, um referente a cada entrevista, para analisar e articular com a base teórica que foi utilizada nesta dissertação. Os pontos selecionados foram: com a educadora, qual acredita ser o ideal de cuidado exercido pela escola; com a psicóloga, a importância do efeito discursivo de um diagnóstico; e com o psiquiatra, a problemática em relação ao aspecto abrangente do diagnóstico.

A educadora propõe um ideal de cuidado, não apenas para os alunos com dificuldades no aprendizado e/ou comportamentais, que deveria compor a postura de qualquer educador que se ocupa do trabalho em sala de aula e na escola de modo geral: a construção de um vínculo afetivo de cuidado com as crianças que leve em consideração as suas potencialidades e dificuldades. Pode-se pensar que ela se debruça em sua fala sobre a dimensão subjetiva do trabalho do professor nesse processo de ensino e aprendizagem. É intrigante como muito se fala da dimensão afetiva, por parte do aluno, envolvida em seu processo individual de aprendizagem e desenvolvimento, e pouco se fala da subjetividade de quem educa. Nesse sentido, essa educadora traz um ponto de vista

extremamente importante, que vai na contramão do que a literatura aponta como prática recorrente nas escolas. Claro, a sua fala também revela as dificuldades de realizar esse trabalho que acredita ser ideal, devido às condições concretas da realidade socioeducacional brasileira. Essa concepção é contrária não apenas às práticas educacionais do presente, mas a todo o contexto político e ideológico no qual a escola está inserida historicamente no contexto brasileiro; opõe-se também ao projeto educacional que foi identificado e apresentado na elaboração teórica deste trabalho, e que será brevemente retomado.

Quando a educadora propõe que o cuidado deve ser desenvolvido na escola, e argumenta que “uma boa relação entre aluno e professor contém afeto e confiança, que o professor precisa conhecer muito bem os desafios de cada um, avaliar e compreender a forma de aprender do aluno, assim como o seu jeito de ser e as suas necessidades”, ela foge da noção de cuidado apontada por Azevedo (2018), como algo descolado do contexto familiar e escolar que induz estes agentes a levarem as crianças aos especialistas, e que ocasiona, portanto, a desresponsabilização da escola e do professor sobre a saúde e educação destes alunos. É possível pensar esse processo como uma terceirização do cuidado.

Schiotti, Abrão e Júnior (2016) ratificam essa lógica quando argumentam sobre o fato de o TDAH ter retirado da família, do indivíduo diagnosticado e dos professores, a responsabilidade pelas dificuldades que surgem na criança, e que a consequência de as dificuldades serem atribuídas ao corpo, de forma biologizante, é um sujeito excluído de seus processos e incapaz de criar recursos próprios de enfrentamento às suas dificuldades. A fala da educadora pode dialogar com essa argumentação quando ela diz sobre a importância de não seguir os encaminhamentos médicos como cartilhas, pois essa é uma forma de garantir que a criança ainda tenha a oportunidade de superar as suas condições, apostando em suas potencialidades. Se historicamente a educação respondeu à tarefa de disciplinar a natureza infantil incorporando conhecimentos e técnicas do universo médico, e o educador passou, portanto, a ser um agente corretivo e vigilante dos comportamentos considerados desviantes, como diz Luengo (2010), essa professora vem, há 25 anos, representando uma resistência à prática educacional massiva em nosso país.

Quanto à entrevista com a psicóloga, há um aspecto de extrema relevância a ser destacado: a importância e a seriedade do efeito discursivo que um diagnóstico exerce sobre uma criança e sua família. Ela argumenta, como foi desenvolvido na síntese das entrevistas, sobre a necessidade

de se levar em consideração a forma com a qual o poder discursivo do diagnóstico pode enrijecer a identidade de uma criança neste período próprio do desenvolvimento. Azevedo (2018) amplia a sua fala quando traz a noção de identidade patológica como um dos aspectos que complexificam o fenômeno da epidemia diagnóstica do TDAH. Ele aponta, em concordância com a psicóloga, que um desses efeitos seria a falta de implicação dos pais sobre os sintomas de seus filhos, quando estes lhes são justificados por uma etiologia orgânica. Esse aspecto muito se relaciona com a denúncia que a psicóloga faz em relação aos processos diagnósticos que não são realizados de forma ideal. Azevedo (2018) também aponta que parte da problemática da patologização da infância diz respeito à forma como os diagnósticos têm sido feitos: rápida e apressadamente, de modo que a precisão é comprometida e a importância do contexto de vida da criança é desconsiderada e desprezada, como se um diagnóstico pudesse ser descolado de um sujeito. A argumentação de Schicotti, Abrão e Júnior (2014) de que o cuidado que é destinado às crianças constitui a base da saúde mental para que se desenvolvam, e que dinâmicas familiares despotencializadoras podem dificultar o desenvolvimento de uma criança, fortalece o relato da psicóloga sobre a experiência com uma paciente cujas necessidades enquanto sujeito, a despeito de um eventual diagnóstico, foram cuidadas e resultaram em melhoras tão significativas que o diagnóstico de TDAH foi descartado.

A visão da psicóloga sobre os benefícios do diagnóstico do TDAH é negativa no sentido de que ela acredita que este, por si só, pouco ajuda uma criança. Ela compartilha que, de acordo com sua experiência, é muito difícil que uma criança chegue com um diagnóstico de TDAH sem uma prescrição medicamentosa. Azevedo (2018) dialoga com o seu posicionamento quando problematiza fortemente a errônea noção de que, ao se saber o diagnóstico, já se sabe o seu prognóstico, que em grande maioria significa a medicalização. Todo esse diálogo diverge da ideia construída por essa lógica de que diagnosticar seria sinônimo de cuidar.

É notável como o que Schiotti, Abrão e Júnior (2016) dizem sobre as perspectivas médica e psicanalítica partirem de concepções distintas sobre o sujeito e produzirem, portanto, intervenções certamente distintas, aparece nas entrevistas da psicanalista e do psiquiatra entrevistados.

Quanto à fala do psiquiatra, um ponto escolhido para ser enfatizado se refere a sua fala apresentar a sintomatologia do TDAH, mas não esclarecer de forma clara a diferença entre o TDAH e os quadros que pareceriam com ele. Ou seja, a problemática em torno do aspecto abrangente do diagnóstico se mantém.

Schiotti, Abrão e Júnior (2016) e Camilan (2010) discutem a ideia do diagnóstico de TDAH ser um diagnóstico “guarda-chuva”, devido à sua imprecisão, excesso de sintomas abrangentes e, muitas vezes, à sua associação a outras patologias. Na entrevista com o psiquiatra, foram-lhe feitas perguntas que visavam a compreender como é feito, de fato, o diagnóstico diferencial que seria capaz de distinguir o TDAH de outras patologias, dada a sua amplitude sintomatológica. Em sua fala, ele diz sobre a frequência desses casos em que crianças aparecem com uma sintomatologia parecida com TDAH, mas que não configuram o diagnóstico por se tratarem de questões muito mais abrangentes. Parece que seu discurso confirma essa crítica trazida pelos autores, na medida em que não esclarece como seria uma possível diferenciação da natureza dos sintomas, e nem critica a abrangência do diagnóstico em questão.

Em sua entrevista, também lhe foram postas questões sobre a necessidade ou não do uso de fármacos no tratamento do TDAH. O psiquiatra argumenta que a opção pela introdução de psicofármacos está relacionada ao grau de comprometimento dos sintomas. Ele segue a noção de que o ideal para o tratamento seria a redução destes sintomas, inclusive apontando para a importância do diagnóstico e tratamento na infância, para que os sintomas não se cronifiquem e não desencadeiem outras patologias no futuro. Campos e Moura (2020) discutem essa prática da eliminação de sintomas na infância como uma noção transportada do mundo adulto para a infância, abordada na introdução do trabalho. Ainda nesse sentido, o psiquiatra entrevistado passa longe de questionar o uso de medicação na infância, levando em consideração os riscos e especificidades desse período próprio do desenvolvimento físico e mental de extrema importância.

Há muitos outros pontos que poderiam ser discutidos com relação às informações que foram coletadas nas entrevistas e a pesquisa teórica que foi feita para a elaboração desse trabalho, e outros diálogos poderiam ter sido estabelecidos entre as próprias falas dos entrevistados. Devido à extensão limitada deste trabalho, retomarei o objetivo da pesquisa para então finalizá-la.

Esse trabalho buscou compreender os efeitos na infância do diagnóstico de TDAH. O entendimento de que esse diagnóstico está imerso em problemáticas que envolvem o universo médico, escolar, familiar e da psicologia, que me levou a utilizar de entrevistas com os profissionais de cada área, permitiu aproximar-me das dimensões implicadas em cada uma dessas práticas profissionais. Quero dizer, foi possível visualizar de que forma o procedimento diagnóstico pode ser consistente ou não, dependendo da compreensão que este profissional possui sobre o fenômeno, de forma que o tratamento, conseqüentemente, carrega aspectos desta compreensão, seja ele medicamentoso ou não.

A prática profissional de cada um dos entrevistados é absolutamente particular e referente a uma circunstância específica que envolve formação acadêmica, condições de trabalho, e sobretudo, perspectiva de mundo que cada profissional carrega consigo. Nesse sentido, não se pode fazer uma generalização das práticas relatadas por cada um deles. Os resultados dessa pesquisa se restringem aos limites naturalmente impostos a ela, tratando-se de um Trabalho de Conclusão de Curso: iniciar uma reflexão sobre o tema escolhido e desenvolver um raciocínio embasado em dados que foram coletados. Acredito que esse objetivo tenha sido cumprido de forma proveitosa para uma primeira experiência formal de pesquisa em psicologia.

Para ter um panorama mais fiel sobre as dimensões implicadas no fenômeno da medicalização e patologização da infância, tendo o TDAH como referência, seria importante um instrumento investigativo que proporcionasse uma situação em que os profissionais fossem capazes de explicitar as suas concepções sobre diagnóstico, medicalização, patologização, infância e, principalmente, como são feitos os seus manejos em cada caso. Além disso, acredito que seria pertinente encontrar, dentro da Psicanálise, uma leitura diagnóstica que discutisse o TDAH para além da descrição sintomática, pois este trabalho contou com a perspectiva psicanalítica em termos de metodologia e base bibliográfica, mas não se ateve a uma possível explicação teórica, em termos de dinâmica psíquica, sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Essa pesquisa foi uma pincelada nesse tema tão complexo e atual que traz muitos desafios para os profissionais que se propõem a exercer um trabalho crítico que vá na contramão das práticas hegemônicas do que se entende por cuidado. Gostaria, para um trabalho futuro, de desenvolver uma argumentação que vá no sentido de compreender a medicalização e a

patologização da infância como uma forma de violência que vem sendo exercida com roupagens de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Luciana. **Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos.** 2018. **Psicologia USP.** São Paulo, v. 29, n. 3, p.451-458, sep/dec 2018.

CALIMAN, Luciana Vieira. **Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH.** 2010. Universidade Federal do Espírito Santo, 2010. Doi: 10.1290/S1414-9832010000100005. Acesso em 24-11-23.

CAMPOS, Erico; MOURA, Ana. **Medicalização da infância e psicanálise: o caso TDAH.** 2020. **Semina: Ciências Sociais e Humanas.** Londrina, v. 41, n. 1, p. 5-18, jan./jun. 2020.

CAPONI, Sandra; MARTINHAGO, Fernanda. **Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais.** 2019. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 29(2), jan./fev. 2019.

DA SILVA, Heloísa; GHAZZI, Mercês. **Diagnóstico na Infância: Quais as Implicações Possíveis?** 2016. **Interação em Psicologia.** Curitiba, v. 20, n. 2, dez. 2016.

- GARBARINO, Mariana Inés. **Mercado-ciência e infância: a psicanálise no debate sobre medicalização e ato educativo**. 2020. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 135-150, abr. 2020.
- HALPERN, Ricardo; ROHDE, Luis. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização**. 2004. *Jornal de Pediatria*. Porto Alegre, v. 80, n. 2(supl), 2004.
- KAMERS, Michele. **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança**. *Estilos da Clínica*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 153–165, 2013.
- LEITE, Mônica Fujimura. **Mediacalização da infância e seus efeitos**. 2016. *Colloquium Humanarum*, vol. 13, n. Especial, Jul–Dez, 2016, p. 595-600.
- LUENGO, FC. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. 2010. Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**. São Paulo, p. 142. 2010.
- MATOS, Roberto. **Elementos para entender o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH**. 2013. *Estilos clin.* São Paulo, v. 18, n. 2, p. 342-357. mai./ago. 2013.
- MEZAN, Renato. **Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões**. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 39, n.70, p.227-241, jun. 2006.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. **Novos modos de vigiar, novo modos de punir. A patologização da vida Controle e medicalização da infância**. 2020. *Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)*, São Paulo, Brasil. 2020.
- PRIOSTE, Cláudia. **Fracasso escolar e dificuldades na alfabetização: relato de experiência de atendimento psicológico e novas intervenções**. 2016. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. Araraquara, v.11, n. esp. 4, p. 2430-2447, 2016.
- SCHICOTTI, Rosana; ABRÃO, Jorge; JÚNIOR, Sérgio. **TDAH e medicalização: Considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas**. 2014. *Nuances: estudos sobre Educação*. Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 135-154, jan./abr. 2014.

SCHICOTTI, Rosana; ABRÃO, Jorge; JÚNIOR, Sérgio. **Algumas experiências profissionais acerca da construção do diagnóstico do TDAH.** 2016. **Fractal: Revista de Psicologia.** Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 55-62, jan./abr. 2016.

SILVEIRA, Tácito Carderelli da. **Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas.** 2015. **Tese (Doutorado em Educação)** - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2015. Doi:10.11606/T.48.2016.tde-24022016-090219. Acesso em 2023-09-03.

ANEXOS

ANEXO A

Educador:

1. Você teria um exemplo de como você e sua equipe lidaram com um caso de dificuldade no aprendizado e/ou no comportamento, na escola? Quais foram as estratégias utilizadas? Foram eficientes? Quando foram eficientes, a que você atribui sucesso da estratégia? Quando não foram, a que você atribui o insucesso?
2. O que parece ajudar crianças com dificuldade no aprendizado a se desenvolverem?
3. Dentre os casos de dificuldade no aprendizado e/ou comportamento, o que te chama a atenção quando encaminha uma criança para a realização de um psicodiagnóstico?
4. Você teria um exemplo de um caso que julgou necessário o encaminhamento para outro profissional? Para qual ou quais profissionais você encaminha?
5. Nesses tipos de caso, como chegam em você os resultados desses psicodiagnósticos?
6. No que se refere às crianças que voltam com o resultado de diagnóstico de TDAH, no que esse diagnóstico influencia a sua conduta com o caso, e direciona as suas estratégias educativas?
7. O que você espera de um psicólogo e de um psiquiatra no manejo de um caso, ao encaminhá-lo?

Psiquiatra:

1. Dentre os casos de dificuldade no aprendizado, o que te chama a atenção ao diagnosticá-los enquanto TDAH? Como é feito esse diagnóstico? Você entra em contato com quem te solicitou o diagnóstico?
2. Como você geralmente faz o acompanhamento do caso?
3. O que te leva a pensar em uma necessidade de utilizar os psicofármacos? Como geralmente é o tratamento prescrito para esses casos? Qual a utilização dos psicofármacos?
4. Como você opta por um psicofármaco específico e sua dosagem, diante de um quadro clínico tão abrangente?
5. Com quais outros acompanhamentos você conta, para além do uso de medicação?
6. Da sua experiência, o que você tem observado sobre o prognóstico desses casos diagnosticados como TDAH?
7. Quando você faz esse diagnóstico como é usualmente o seu encaminhamento e tratamento?

Psicólogo:

1. Qual a sua atitude perante os casos que já chegam diagnosticados de TDAH?
2. Em quais situações você encaminha uma dificuldade de aprendizado e/ou comportamental para uma avaliação neuropsicológica?
3. O que chama a sua atenção nesses casos, para além das dificuldades de aprendizado e/ou comportamental?
4. Como as famílias parecem enxergar esse diagnóstico?
5. De que forma esse diagnóstico ajuda a criança a superar as suas dificuldades? Como elas se relacionam com esse diagnóstico?
6. Você teria um exemplo de um caso em que concordou com o diagnóstico e com o uso do medicamento prescrito, se houve?
7. Você teria um exemplo de um caso em que discordou com o diagnóstico e com o uso do medicamento prescrito, se houve?

ANEXO B

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Comitê de Ética em Pesquisa

CONVITE

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa autorizada pela PUC-SP. Agradecemos por sua disposição em contribuir para a construção de novos conhecimentos. A identificação da pesquisa, da Pesquisadora e de sua Orientadora estão descritos abaixo.

Leia atentamente o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, a seguir. Se você estiver de acordo, inteiramente esclarecida, e se dispuser voluntariamente a participar, agradeceremos por sua importante colaboração.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Título da Pesquisa: Patologização e medicalização da infância: considerações sobre o caso do TDAH.

Objetivo Geral: Tendo em vista a problemática em torno do diagnóstico de TDAH e a forma como ele tem sido empregado no universo escolar, na prática psiquiátrica e no uso da psicologia enquanto ferramenta de tratamento, a pesquisa tem como objetivo principal compreender e problematizar a busca pelo diagnóstico do TDAH e o seu uso para o entendimento de questões comportamentais e de aprendizagem observadas em crianças, no âmbito escolar, tal como seu tratamento.

Esta pesquisa está relacionada à elaboração de *um Trabalho de Conclusão de Curso* em andamento no *Programa de Graduação da PUC-SP*.

Pesquisadora responsável: Milena Dzik
Curso de vínculo do Pesquisador: Graduação em Psicologia
Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Rosa Maria Tosta

FORMA DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Estou ciente de que a minha participação nessa pesquisa será na forma de responder a um roteiro semi-dirigido de entrevista.

A entrevista poderá ser gravada com o seu consentimento. Sim (☐) Não (☐)

RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui esclarecido(a) que esta pesquisa espera alcançar, com seus resultados, importantes benefícios para os seres humanos, a comunidade e a sociedade. Estou ciente de que é possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos para mim, como estar diante de questões que eu não saiba responder, ou acerca das quais eu não tenha conhecimento suficiente ou aprofundado. Estou ciente de que a Pesquisadora tudo fará para a redução desses desconfortos, principalmente mediante a disponibilização prévia de todos os esclarecimentos necessários. Sobretudo, não serei privado(a) nem limitado(a) em qualquer dos meus direitos, nem intimidado(a) a qualquer tipo de participação com a qual eu não concorde.

SIGILO E PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, que meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, me identificar, será mantido em sigilo pelo(a) Pesquisador(a), que se responsabilizará pela guarda dos dados, bem como pela não exposição das fontes dos dados da pesquisa. As informações e dados resultantes desta pesquisa serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, sem identificação dos participantes.

AUTONOMIA

Estou ciente de que me é assegurada toda a assistência necessária durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas consequências e tudo mais que eu queira saber, antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar da pesquisa, ou retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem precisar me justificar, e que, se eu me retirar da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo na assistência a que tenho direito.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Estou ciente de que, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da minha participação na pesquisa, tal como transporte, alimentação, ou outra, haverá ressarcimento dos valores gastos. E caso ocorra algum dano material ou imaterial decorrente da minha participação no estudo, não serei prejudicado(a), nem responsabilizado(a).

CONTATO

Estou ciente de que a Pesquisadora responsável por este projeto é Milena Dzik, e com ela poderei manter contato a qualquer momento pelo telefone (11) 97615-7090, ou pelo E-mail dzikmilena@gmail.com.

Estou ciente, enfim, de que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP é composto por profissionais qualificados daquela universidade, que trabalham para garantir que meus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados, avaliando se a pesquisa foi planejada e está sendo executada de forma ética. Se eu achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginei, ou estiver sendo prejudicado(a) de alguma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, à Rua Ministro Godói, 969, Térreo, Sala 63C, Perdizes, São Paulo/SP, CEP 05015-001, Tel. (11) 3670-8466, e-mail cometica@pucsp.br

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive a oportunidade de discutir e esclarecer todas as informações deste termo com a Pesquisadora. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito(a) com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela Pesquisadora.

Enfim, tendo sido orientada quanto ao teor de tudo aqui mencionado e tendo compreendido a natureza, a justificativa, os objetivos e o método desta pesquisa, manifesto meu **consentimento livre e esclarecido** em participar voluntariamente, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Autorizo o uso das informações e dados resultantes de minha participação exclusivamente à redação e publicação da pesquisa.

Identificação do(a) Participante da pesquisa

Nome:	
Função/Cargo:	
E-mail:	
Telefone:	

São Paulo, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) Participante da pesquisa

Assinatura do(a) Pesquisador(a)